INSTITUT
DE LA STATISTIQUE
DU QUÉBEC

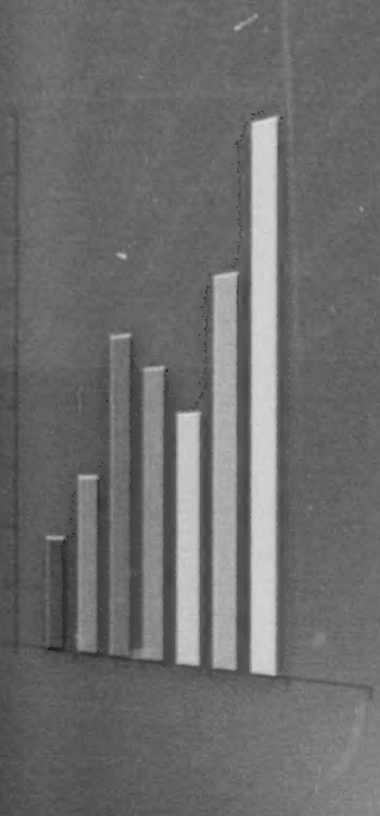
www.stat.gouv.qc.ca

SANTÉ

Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011

Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité

Volume 2



Déjà 100 ans de patrimoine statistique

Québec

Pour tout renseignement concernant l'ISQ
et les données statistiques dont il dispose,
s'adresser à :

Institut de la statistique du Québec
200, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec)
G1R 5T4
Téléphone : 418 691-2401

ou

Téléphone : 1 800 463-4090
(sans frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Ce document est disponible seulement
en version électronique.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
4e trimestre 2013
ISBN 978-2-550-69054-2 (PDF)

© Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, 2013

Toute reproduction autre qu'à des fins de consultation personnelle
est interdite sans l'autorisation du gouvernement du Québec.
www.stat.gouv.qc.ca/droits_auteur.htm

Octobre 2013

AVANT-PROPOS

Dans la majeure partie des pays industrialisés, le nombre de personnes présentant une limitation d'activités ou encore une maladie chronique est en nette progression, notamment en raison du vieillissement de la population. La capacité de disposer d'une information statistique fiable et objective sur ces thèmes est d'autant plus importante que la combinaison de limitations sensorielles, motrices ou cognitives et de comorbidité chronique associée à des conditions de vie moins favorables sur le plan matériel ou social, fait en sorte que les besoins en matière de services sont complexes et que la manière d'y répondre pose de nombreux défis à tout système de santé.

C'est en réponse aux besoins d'information du ministère de la Santé et des Services sociaux et de son réseau que l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement* (EQLAV) a été réalisée en 2010-2011. Fruit d'une collaboration entre les divers acteurs du domaine de la santé et les spécialistes en enquête et en analyse des données sur la santé de l'Institut de la statistique du Québec, l'EQLAV 2010-2011 illustre bien la capacité à mettre en commun le savoir et l'expertise permettant de préparer le Québec de demain.

Sans la générosité de plus de 24 000 personnes ayant participé à l'EQLAV à la suite d'une première entrevue téléphonique effectuée dans le cadre de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins* (EQES) 2010-2011, plusieurs des questions soulevées par l'analyse des données n'auraient pu trouver de réponse. Nous tenons à les remercier de nous avoir fait part de leur expérience afin de construire notre connaissance des besoins populationnels dans le domaine de l'organisation et de la gestion des services de santé et des services sociaux.

Au cours de l'année 2013, l'Institut diffusera divers portraits statistiques des populations ciblées dans l'EQLAV 2010-2011, soit : les personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité ou qui déclarent un problème de santé de longue durée et les personnes âgées de 65 ans et plus, avec ou sans incapacité ou problème de santé de longue durée. Nous sommes convaincus que ces analyses, basées sur des méthodes rigoureuses et répondant à des normes de qualité élevée, viendront soutenir les efforts consentis pour l'amélioration de la qualité des services offerts aux personnes ciblées et la mise en place de nouveaux services et de nouvelles mesures de soutien adaptés aux besoins de ces populations. Nous osons également croire que la richesse des données de l'EQLAV – associée à celle des données de l'EQES, à laquelle l'EQLAV est rattachée – sera mise à profit par les chercheurs et les étudiants, afin que le développement des connaissances en matière d'analyse de la performance du système de santé du Québec puisse continuer à progresser.

Le directeur général

Stéphane Mercier

Produire une information statistique pertinente, fiable et objective, comparable, actuelle, intelligible et accessible, c'est là l'engagement « ***qualité*** *» de l'Institut de la statistique du Québec.*

Cette publication a été réalisée par :
Claire Fournier, Gaétane Dubé, Linda Cazale, Marcel Godbout et Maxime Murphy
Institut de la statistique du Québec

Avec la collaboration de :
Chantale Lecours et Marie-Ève Tremblay
Institut de la statistique du Québec

Avec l'assistance technique de :
Ariane Dubé-Linteau, Katlyn Thibodeau, Valeriu Dumitru, au traitement et à la validation des données
Kate Dupont, à la vérification des chiffres
Institut de la statistique du Québec

Membres du comité de lecture :
Lucie Dugas et Isabelle Émond
Office des personnes handicapées du Québec
William Murray et Viviane Cantin
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Francis Charrier et Patrick Fougeyrollas
Réseau international sur le Processus de production du handicap
Patricia Caris et Robert Courtemanche
Institut de la statistique du Québec

Sous la coordination de :
Jasline Flores
Institut de la statistique du Québec

Ont assuré la révision linguistique et l'édition :
Micheline Lampron, à la révision linguistique
Claudette D'Anjou et Anne-Marie Roy, à l'édition
Institut de la statistique du Québec

Enquête financée par :
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Office des personnes handicapées du Québec
Institut de la statistique du Québec

Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :
Direction des statistiques de santé
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, bureau 500
Montréal (Québec) H3B 4J8

Téléphone : 514 873-4749
ou
1 800 463-4090
(sans frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Télécopieur : 514 864-9919

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Citation suggérée pour le volume

FOURNIER, Claire, Gaëtane DUBÉ, Linda CAZALE, Marcel GODBOUT et Maxime MURPHY (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité*, Volume 2, Québec, Institut de la statistique du Québec, 260 p.

Citation suggérée pour un chapitre

FOURNIER, Claire et Linda CAZALE (2013). « Prévalence de l'incapacité dans la population québécoise de 15 ans et plus », dans *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité*, Volume 2, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 39-50.

Avertissements

En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties. Afin de faciliter la lecture des résultats, les proportions de 5 % et plus sont généralement arrondies à l'unité dans le texte. L'absence d'astérisque dans les tableaux ou figures signifie que toutes les estimations ont une bonne précision (CV ≤ 15 %).

Signes conventionnels

*	Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
**	Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.
..	Donnée non disponible
...	N'ayant pas lieu de figurer
x	Donnée confidentielle (risque de divulgation en raison de petits nombres)
–	Néant ou zéro

CV	Coefficient de variation
Pe	Population estimée
k	En milliers

Note : Le genre masculin est utilisé dans le but d'alléger le texte.

REMERCIEMENTS

L'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011* (EQLAV) est le fruit des efforts de personnes dont la compétence et l'engagement ont permis d'atteindre les objectifs visés. Des premières séances de travail, en 2007, jusqu'à la publication de ce volume, nous avons pu compter sur leur collaboration, et nous les en remercions vivement.

Tout au long de la réalisation du projet, nous avons bénéficié de l'expertise et du soutien de tous ceux qui, à un moment ou à un autre, ont participé aux travaux du comité d'orientation de projet (COP). Nos remerciements s'adressent en premier lieu à Patricia Caris et Harold Côté, de la Direction des études et des analyses du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), qui ont assuré successivement la coprésidence du comité. D'autres personnes ayant œuvré au MSSS à un moment ou à un autre ont également apporté une importante contribution en cours de projet : nous pensons particulièrement à Madeleine Rochon, Hélène VanNieuwenhuyse, Jean-Pierre Piché et Esther Létourneau. Mentionnons aussi la participation de Réjean Hébert aux activités du COP, alors qu'il était doyen de la Faculté de médecine et des sciences de la santé à l'Université de Sherbrooke. Nous saluons de même les efforts des membres du comité qui ont fait partie des divers groupes de travail qui ont effectué les recherches et les consultations nécessaires, lesquelles ont permis d'appuyer les décisions relatives aux objectifs et au contenu de l'enquête. Nos remerciements s'adressent également aux personnes qui, par leurs commentaires pertinents et constructifs, ont contribué à la qualité des analyses présentées dans ce volume et des autres à venir. Nous souhaitons ainsi exprimer toute notre reconnaissance à :

- François Béland, du Département d'administration de la santé, à l'Université de Montréal ;
- Howard Bergman, du Département de médecine, à l'Université McGill ;
- Viviane Cantin, du ministère de la Santé et des Services sociaux ;
- Lucie Dugas, de l'Office des personnes handicapées du Québec ;
- Manon Duhamel, du ministère de la Santé et des Services sociaux ;
- Isabelle Émond, de l'Office des personnes handicapées du Québec ;
- Julie Filion, du ministère de la Santé et des Services sociaux ;
- Patrick Fougeyrollas, de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec ;
- William Murray, du ministère de la Santé et des Services sociaux ;
- Michel Préville, du Département des sciences de la santé communautaire, à l'Université de Sherbrooke ;
- Johanne Rhainds, du ministère de la Santé et des Services sociaux ;
- Alain Saucier, du ministère de la Santé et des Services sociaux ;
- Christina Wolfson, du Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail, à l'Université McGill.

Nous profitons de l'occasion pour souligner la contribution exceptionnelle de Madeleine Rochon du MSSS, qui n'a ménagé aucun effort afin que l'élaboration de cette enquête soit en mesure de répondre aux nombreux défis de ce ministère en matière d'organisation des services. Nous la remercions tout particulièrement pour la générosité avec laquelle elle a su partager son expertise sur les questions liées au vieillissement et aux maladies chroniques.

On ne peut passer sous silence l'apport des organisations suivantes, qui ont autorisé l'utilisation de questions ou d'instruments de mesure aux fins de l'EQLAV. Nous sommes tout particulièrement redevables à Statistique Canada et au Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH). Un merci spécial va à Patrick Fougeyrollas et à Julie Tremblay, de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, ainsi qu'à Francis Charrier du RIPPH. Ces personnes ont mis leur expertise au service de l'enquête en contribuant étroitement à l'adaptation téléphonique, pour l'EQLAV, de l'instrument *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE) conçu par le RIPPH dans le but de mesurer la participation sociale des personnes ayant une incapacité.

Il va sans dire que le développement et la réalisation d'une enquête de cette envergure nécessitent la contribution d'une équipe qui consacre temps et énergie à assurer le succès du projet. À l'Institut, la qualité de l'enquête repose sur la compétence de professionnels, de techniciens et de fonctionnaires qui, par leur engagement, la rigueur constante avec laquelle ils ont travaillé et leur participation aux travaux du COP ou de divers groupes de travail, ont contribué largement à l'atteinte des objectifs visés. Nous tenons ainsi à remercier : Robert Courtemanche, Marcel Godbout, Marie-Ève Tremblay, Luc Belleau et Katlyn Thibodeau, de la Direction de la méthodologie et de la qualité; Nathalie Audet et Valeriu Dumitru, de la Direction des enquêtes longitudinales et sociales; Joëlle Poulin, Sophie Bérubé, Charles Alleyn, Marie-Claude Giguère et l'équipe des intervieweurs et superviseurs de la centrale téléphonique, de la Direction des stratégies et des opérations de collecte; Danielle Laplante et Claudette D'Anjou, de la Direction des communications, ainsi que Claire Fournier, Jocelyne Camirand, Rosanna Baraldi, Linda Cazale, Ariane Dubé-Linteau et Chantale Lecours, de la Direction des statistiques de santé. Merci également à notre ancienne collègue Brigitte Beauvais.

Enfin, nous tenons à exprimer notre reconnaissance à Ghyslaine Neill, directrice des statistiques de santé à l'Institut, qui, en tant que coprésidente au moment de la création du COP, a consolidé les assises de l'enquête lors de son développement et a appuyé le projet tout au long de sa réalisation. Nos remerciements s'adressent aussi à la haute direction de l'Institut pour la confiance qui a été accordée à l'équipe de projet pour l'accomplissement de son mandat.

Jasline Flores,
Coprésidente du comité d'orientation de projet
Institut de la statistique du Québec

TABLE DES MATIÈRES

29 Introduction

33 Retour sur les aspects méthodologiques de l'enquête

37 PARTIE 1 Prévalence de l'incapacité au Québec

39 Chapitre 1 Prévalence de l'incapacité dans la population québécoise de 15 ans et plus

42 1.1 Taux d'incapacité global

44 1.2 Taux selon le type d'incapacité

48 1.3 Taux selon la gravité de l'incapacité

48 1.4 Taux d'incapacité selon la région sociosanitaire

50 Annexe A – Tableau complémentaire

51 PARTIE 2 Caractéristiques des personnes avec incapacité

53 Chapitre 2 Caractéristiques de l'incapacité

55 2.1 Types d'incapacité

57 2.2 Gravité de l'incapacité

61 2.3 Nombre d'incapacités

63 2.4 Causes de l'incapacité

65 Chapitre 3 Caractéristiques sociodémographiques et économiques

68 3.1 Caractéristiques sociodémographiques

68 3.1.1 Répartition des populations avec et sans incapacité selon le sexe et l'âge

68 3.1.2 Statut d'immigration

70 3.1.3 Composition du ménage

71 **3.2 Caractéristiques socioéconomiques**
71 3.2.1 Occupation principale
72 3.2.2 Niveau de scolarité
76 3.2.3 Niveau de revenu du ménage
79 3.2.4 Indices de défavorisation matérielle et sociale
82 3.2.5 Zone de résidence

85 Chapitre 4 État de santé et consommation de médicaments prescrits

88 **4.1 Perception de l'état de santé**
88 4.1.1 Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge
89 4.1.2 Perception de l'état de santé selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques
90 4.1.3 Perception de l'état de santé selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité

91 **4.2 Nombre de problèmes de santé de longue durée**
92 4.2.1 Nombre de problèmes de santé de longue durée selon le sexe et l'âge
94 4.2.2 Nombre de problèmes de santé de longue durée selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques
95 4.2.3 Nombre de problèmes de santé de longue durée selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité

96 **4.3 Consommation de médicaments prescrits**
96 4.3.1 Consommation actuelle de médicaments prescrits selon le sexe et l'âge
98 4.3.2 Non-observance de la posologie et motifs de non-respect
99 4.3.3 Nombre de médicaments différents consommés

102 **Annexe A : Tableau complémentaire**

103 PARTIE 3 Utilisation des services de santé et des services sociaux

105 Chapitre 5 Médecin de famille et endroit habituel de soins

107 **5.1 Affiliation à un médecin de famille**
107 5.1.1 Affiliation à un médecin de famille selon le sexe et l'âge

108 5.1.2 Affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

109 5.1.3 Affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé et à l'incapacité

111 5.1.4 Affiliation à un médecin de famille selon la région sociosanitaire

111 5.1.5 Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le sexe et l'âge

113 5.1.6 Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

114 5.1.7 Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé et à l'incapacité

115 5.2 Endroit habituel de soins

115 5.2.1 Endroit habituel de soins selon le sexe et l'âge

116 5.2.2 Endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

117 5.2.3 Endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques liées à la santé et à l'incapacité

119 5.2.4 Type d'endroit habituel de soins

120 5.3 Consultation auprès du médecin de famille et besoin non comblé

120 5.3.1 Consultation auprès du médecin de famille selon le sexe et l'âge

121 5.3.2 Consultation auprès du médecin de famille selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

122 5.3.3 Consultation auprès du médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé et à l'incapacité

124 5.3.4 Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon le sexe et l'âge

125 5.3.5 Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

126 5.3.6 Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité

126 5.3.7 Expérience vécue lors du plus récent épisode de besoin de consulter le médecin de famille

129 Chapitre 6 Médecins spécialistes

131 6.1 Suivi régulier et consultation auprès d'un médecin spécialiste

131 6.1.1 Suivi régulier par un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge

133 6.1.2 Suivi régulier par un médecin spécialiste selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

134 6.1.3 Suivi régulier par un médecin spécialiste selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité et à la santé

136 6.1.4 Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge

137 6.1.5 Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité et à la santé

138 6.2 Besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste

138 6.2.1 Besoin non comblé selon le sexe et l'âge

139 6.2.2 Besoin non comblé selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

140 6.2.3 Besoin non comblé selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité et à la santé

141 6.2.4 Suivi régulier et besoin non comblé de consultation selon le type de médecin spécialiste

143 Chapitre 7 Autres professionnels de la santé et des services sociaux

145 7.1 Suivi régulier et consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux

146 7.1.1 Suivi régulier selon le sexe et l'âge

147 7.1.2 Suivi régulier selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

148 7.1.3 Suivi régulier selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité et à la santé

149 7.1.4 Avoir payé les frais de consultation selon le sexe et l'âge

150 7.2 Besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux

150 7.2.1 Besoin non comblé de consultation selon le sexe et l'âge

151 7.2.2 Besoin non comblé de consultation selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques ou liées à l'incapacité et à la santé

153 Chapitre 8 Services de l'hôpital et services à domicile posthospitaliers du CLSC

155 8.1 Services hospitaliers

155 8.1.1 Services hospitaliers selon le sexe et l'âge

156 8.1.2 Services hospitaliers selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

157 8.1.3 Services hospitaliers selon certaines caractéristiques liées à la santé

159 8.1.4 Fréquence des services hospitaliers reçus

161 8.2 **Services à domicile posthospitaliers du CLSC et besoins non comblés**

161 8.2.1 Services à domicile posthospitaliers du CLSC et besoins non comblés pour ces services selon le type de service hospitalier, le sexe et l'âge

164 8.2.2 Services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le sexe et l'âge

165 8.2.3 Services à domicile posthospitaliers du CLSC selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

166 8.2.4 Services à domicile posthospitaliers du CLSC selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité et à la santé

168 8.2.5 Initiateur des démarches afin de recevoir des services à domicile

170 8.2.6 Besoins non comblés de services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le sexe et l'âge

171 8.2.7 Besoins non comblés de services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

172 8.2.8 Besoins non comblés de services à domicile posthospitaliers du CLSC selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité et à la santé

175 Chapitre 9 Soins de santé à domicile du CLSC ou d'autres organismes publics ou privés

177 9.1 **Soins de santé à domicile**

177 9.1.1 Soins de santé à domicile selon le sexe et l'âge

178 9.1.2 Soins de santé à domicile selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

178 9.1.3 Soins de santé à domicile selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité et à la santé

179 9.1.4 Sources de paiement des soins de santé à domicile

180 9.1.5 Fréquence de soins de santé à domicile

181 9.2 **Besoins non comblés de soins de santé à domicile**

181 9.2.1 Besoins non comblés de soins de santé à domicile selon le sexe et l'âge

182 9.2.2 Besoins non comblés de soins de santé à domicile selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

183 9.2.3 Besoins non comblés de soins de santé à domicile selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité et à la santé

185 Chapitre 10 Services de réadaptation spécialisés

188 **10.1 Utilisation des services de réadaptation spécialisés en déficience physique ou en déficience intellectuelle/TED et besoin non comblé**

188 10.1.1 Utilisation des services d'un CRDP ou d'un CRDITED selon le sexe et l'âge

189 10.1.2 Utilisation des services d'un CRDP ou d'un CRDITED selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

189 10.1.3 Utilisation des services d'un CRDP ou d'un CRDITED selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité

190 10.1.4 Utilisation des services d'un CRDP ou d'un CRDITED selon le type de difficultés

191 10.1.5 Besoin non comblé de services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED

192 10.1.6 Besoin non comblé de services d'un CRDP ou d'un CRDITED selon le sexe et l'âge

192 10.1.7 Besoin non comblé de services d'un CRDP ou d'un CRDITED selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

193 10.1.8 Besoin non comblé de services d'un CRDP ou d'un CRDITED selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité

194 **10.2 Utilisation des services de réadaptation spécialisés en santé mentale, alcoolisme ou toxicomanie et besoin non comblé**

194 10.2.1 Utilisation des services de soutien dans la communauté

196 10.2.2 Utilisation des services de réadaptation en raison d'un problème d'alcool, de drogue ou de jeu et besoin non comblé

196 10.2.3 Possibilité de contacter un intervenant

197 Chapitre 11 Besoins non comblés pour divers soins de santé ou services sociaux

201 PARTIE 4 Répercussions de l'incapacité sur la réalisation des activités de la vie quotidienne ou domestique et sur la participation sociale

203 Chapitre 12 Aide pour les activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique

208 **12.1 Besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique**

209 12.1.1 Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique

211 12.1.2 Indicateurs du besoin d'aide selon certaines caractéristiques sociodémographiques

213 12.1.3 Indicateurs du besoin d'aide selon certaines caractéristiques liées à la santé et à l'incapacité

216 12.1.4 Indicateur du besoin d'aide selon la région sociosanitaire

216 **12.2 Sources et fréquence de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique**

216 12.2.1 Sources de l'aide

221 12.2.2 Fréquence de l'aide reçue selon la source de l'aide

225 12.2.3 Évaluation des besoins d'aide par un membre du service de soutien à domicile du CLSC

227 Chapitre 13 La participation sociale

229 **13.1 Échelle de participation sociale : la *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE)**

233 **13.2 Participation sociale aux activités courantes et aux rôles sociaux**

233 13.2.1 Participation sociale par habitude de vie

234 13.2.2 Participation sociale par habitude de vie selon le sexe et l'âge

238 13.2.3 Participation sociale par habitude de vie selon la gravité de l'incapacité

240 13.2.4 Participation sociale par habitude de vie selon le niveau de revenu du ménage

242 **13.3 Participation sociale : mesure globale**

245 Conclusion

259 Références bibliographiques

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

PARTIE 1 Prévalence de l'incapacité au Québec

Chapitre 1 Prévalence de l'incapacité dans la population québécoise de 15 ans et plus

Tableau 1.1
Taux d'incapacité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 42

Tableau 1.2
Taux d'incapacité selon le type d'incapacité et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 45

Tableau 1.3
Taux d'incapacité selon le type d'incapacité et selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 47

Tableau 1.4
Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 48

Tableau 1.5
Taux d'incapacité brut selon la gravité de l'incapacité et taux d'incapacité standardisé, selon la région sociosanitaire, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 49

Tableau A1.1
Taux d'incapacité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2010-2011 50

PARTIE 2 Caractéristiques des personnes avec incapacité

Chapitre 2 Caractéristiques de l'incapacité

Tableau 2.1
Proportion de personnes présentant divers types d'incapacité selon le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 55

Tableau 2.2
Proportion de personnes présentant divers types d'incapacité selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 57

Tableau 2.3
Gravité de l'incapacité selon le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 57

Tableau 2.4
Gravité de l'incapacité selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 58

Tableau 2.5
Gravité de l'incapacité selon le type d'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 59

Tableau 2.6
Gravité de l'incapacité selon le nombre d'incapacités, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 60

Tableau 2.7
Nombre d'incapacités selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 61

Tableau 2.8
Nombre d'incapacités selon le type d'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 62

Tableau 2.9
Causes de l'incapacité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 64

Chapitre 3 Caractéristiques sociodémographiques et économiques

Tableau 3.1
Répartition selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011 68

Tableau 3.2
Statut d'immigration selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011 69

Tableau 3.3
Composition du ménage selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011 70

Tableau 3.4
Occupation principale selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011 72

Tableau 3.5
Niveau de scolarité selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011 73

Tableau 3.6
Niveau de scolarité selon l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011 74

Tableau 3.7
Niveau de revenu du ménage selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011 76

Tableau 3.8
Niveau de revenu du ménage selon le groupe d'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011 77

Tableau 3.9
Indice de défavorisation matérielle selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011 79

Tableau 3.10
Indice de défavorisation sociale selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011 80

Tableau 3.11
Zone de résidence selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011 83

Chapitre 4 État de santé et consommation de médicaments prescrits

Tableau 4.1
Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 88

Tableau 4.2
Proportion de personnes se percevant en moyenne ou mauvaise santé selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 89

Tableau 4.3
Proportion de personnes se percevant en moyenne ou mauvaise santé selon le type d'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 91

Tableau 4.4
Nombre de problèmes de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 92

Tableau 4.5
Nombre de problèmes de santé de longue durée selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 94

Tableau 4.6
Proportion de personnes ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus selon le type d'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 96

Tableau 4.7
Proportion de consommateurs actuels de médicaments prescrits selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 97

Tableau 4.8
Proportions de personnes ayant consommé des médicaments prescrits en moins ou en surplus selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité consommant des médicaments prescrits, Québec, 2010-2011 98

Tableau 4.9
Nombre de médicaments différents consommés selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 99

Tableau 4.10
Nombre de médicaments différents consommés selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 100

Tableau 4.11
Nombre de médicaments différents consommés selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 101

Tableau Annexe
Nombre de problèmes de santé de longue durée par type d'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 102

PARTIE 3 Utilisation des services de santé et des services sociaux

Chapitre 5 Médecin de famille et endroit habituel de soins

Tableau 5.1
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011 107

Tableau 5.2
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, populations de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011 108

Tableau 5.3
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, populations de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011 109

Tableau 5.4
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le type d'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 110

Tableau 5.6
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011 . . . 112

Tableau 5.5
Proportion de personnes n'ayant pas de médecin de famille selon le besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille, populations de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011 . . . 112

Tableau 5.7
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, populations de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011 . . . 113

Tableau 5.8
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, populations de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011 114

Tableau 5.9
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 . . . 115

Tableau 5.10
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011 115

Tableau 5.11
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, populations de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011 116

Tableau 5.12
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, populations de 15 ans et plus avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011 . . . 117

Tableau 5.13
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon la gravité de l'incapacité et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 118

Tableau 5.14
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon le type d'incapacité, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011 118

Tableau 5.15
Type d'endroit habituel de soins, populations de 15 ans et plus avec et sans incapacité ayant un endroit habituel de soins, Québec, 2010-2011 . . 119

Tableau 5.16
Consultation auprès du médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011 120

Tableau 5.17
Consultation auprès du médecin de famille selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011 122

Tableau 5.18
Consultation auprès du médecin de famille selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011 123

Tableau 5.19
Consultation au moins une fois auprès du médecin de famille selon le type d'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011 124

Tableau 5.20
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011 124

Tableau 5.21
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon le fait de vivre seul et le niveau de scolarité, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011 125

Tableau 5.22
Proportion de personnes ayant pu consulter leur médecin de famille lors du dernier (seul) épisode de besoin de consultation, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant un médecin de famille généraliste et ayant eu besoin de le consulter au moins une fois, Québec, 2010-2011 126

Chapitre 6 Médecins spécialistes

Tableau 6.1
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 131

Tableau 6.2
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 133

Tableau 6.3
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon le type d'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 134

Tableau 6.4
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 135

Tableau 6.5
Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste, Québec, 2010-2011 136

Tableau 6.6
Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec incapacité suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste, Québec, 2010-2011 . . . 137

Tableau 6.7
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 138

Tableau 6.8
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste selon le niveau de scolarité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 139

Tableau 6.9
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 . . . 140

Tableau 6.10
Proportion de personnes suivies régulièrement par un médecin spécialiste et proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation selon le type de médecin spécialiste, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 141

Chapitre 7 Autres professionnels de la santé et des services sociaux

Tableau 7.1
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon le type de professionnel, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 . . . 145

Tableau 7.2
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 146

Tableau 7.3
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 147

Tableau 7.4
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 148

Tableau 7.5
Proportion de personnes ayant payé pour une consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité suivie régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux, Québec, 2010-2011 149

Tableau 7.6
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 150

Tableau 7.7
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin[1] selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 151

Chapitre 8 Services de l'hôpital et services à domicile posthospitaliers du CLSC

Tableau 8.1
Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier selon le type de service, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 156

Tableau 8.2
Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier selon le type de service et certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 157

Tableau 8.3
Fréquence des services hospitaliers reçus selon le type de service, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 160

Tableau 8.4
Proportions de personnes ayant reçu des services posthospitaliers à domicile du CLSC ou ayant eu un besoin non comblé à cet égard selon le type de service hospitalier, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 162

Tableau 8.5
Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 164

Tableau 8.6
Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 165

Tableau 8.7
Initiateur des démarches pour recevoir des services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant reçu des services à domicile posthospitaliers, Québec, 2010-2011 . . 168

Tableau 8.8
Initiateur des démarches pour recevoir des services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le type de service hospitalier, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant reçu des services à domicile posthospitaliers, Québec, 2010-2011 169

Tableau 8.9
Proportions des personnes ayant eu un besoin non comblé de soins de santé et d'aide à domicile posthospitaliers du CLSC selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 170

Chapitre 9 Soins de santé à domicile du CLSC ou d'autres organismes publics ou privés

Tableau 9.1
Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 177

Tableau 9.2
Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 178

Tableau 9.3
Proportion de personnes selon les sources de paiement pour les soins de santé à domicile, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant reçu des soins de santé à domicile, Québec, 2010-2011 180

Tableau 9.4
Nombre de mois de soins de santé à domicile selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant reçu des soins de santé à domicile[1], Québec, 2010-2011 181

Tableau 9.5
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé à domicile selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 182

Tableau 9.6
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé à domicile selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 182

Chapitre 10 Services de réadaptation spécialisés

Tableau 10.1
Proportion de personnes ayant reçu des services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, Québec, 2010-2011 188

Tableau 10.2
Proportion de personnes ayant reçu des services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, Québec, 2010-2011 189

Tableau 10.3
Proportion de personnes ayant reçu des services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED selon le type d'incapacité, population de 15 ans et plus ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, Québec, 2010-2011 190

Tableau 10.4
Type de difficultés pour lequel des services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED ont été reçus, population de 15 ans et plus ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, qui a utilisé les services spécialisés d'un CRDP, Québec, 2010-2011 190

Tableau 10.5
Proportions de personnes présentant un besoin non comblé ou en attente de services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED selon le type de services, population de 15 ans et plus ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, et ayant un besoin non comblé de services, Québec, 2010-2011 191

Tableau 10.6
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé de services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, Québec, 2010-2011 192

Tableau 10.7
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé de services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, Québec, 2010-2011 192

Tableau 10.8
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé de services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED selon le type d'incapacité, population de 15 ans et plus ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, Québec, 2010-2011 193

Tableau 10.9
Proportion de personnes ayant reçu des services de soutien dans la communauté selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus ayant une incapacité de nature psychologique, Québec, 2010-2011 194

Tableau 10.10
Proportion de personnes ayant reçu des services de soutien dans la communauté selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus ayant une incapacité de nature psychologique, Québec, 2010-2011 195

Tableau 10.11
Type d'intervenant à contacter en cas de besoin, population de 15 ans et plus ayant une incapacité de nature psychologique et ayant déclaré qu'elles pouvaient facilement contacter un intervenant en cas de besoin lié à un trouble émotif, psychologique ou psychiatrique ou à un problème d'alcool, de drogue ou de jeu, Québec, 2010-2011 196

Chapitre 11 Besoins non comblés pour divers soins de santé ou services sociaux

Tableau 11.1
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé pour divers soins de santé ou services sociaux[1] selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 199

PARTIE 4 Répercussions de l'incapacité sur la réalisation des activités de la vie quotidienne ou domestique et sur la participation sociale

Chapitre 12 Aide pour les activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique

Tableau 12.1
Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 208

Tableau 12.2
Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique, par activité et selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 210

Tableau 12.3
Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 212

Tableau 12.4
Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique selon le nombre de problèmes de santé de longue durée et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 . . . 213

Tableau 12.5
Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique selon le type d'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 215

Tableau 12.6
Indicateur du besoin d'aide, comblé ou non, pour les activités de la vie quotidienne ou domestique, selon la région sociosanitaire, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 . . . 216

Tableau 12.7
Sources de l'aide selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité recevant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique, Québec, 2010-2011 217

Tableau 12.8
Sources de l'aide selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec incapacité recevant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique, Québec, 2010-2011 218

Tableau 12.9
Sources de l'aide selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité recevant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique, Québec, 2010-2011 . 219

Tableau 12.10
Sources de l'aide par activité, population de 15 ans et plus avec incapacité recevant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique, Québec, 2010-2011 220

Tableau 12.11
Fréquence de l'aide reçue au cours d'une période de sept jours, selon la source de l'aide, population de 15 ans et plus avec incapacité recevant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique, Québec, 2010-2011 222

Tableau 12.12
Nombre d'heures d'aide reçue au cours d'une période de sept jours, selon la source de l'aide et selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant reçu au moins une journée d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique, Québec, 2010-2011 223

Tableau 12.13
Nombre de jours d'aide bénévole reçue au cours d'une période de sept jours par activité, population de 15 ans et plus avec incapacité recevant de l'aide bénévole pour les activités de la vie quotidienne ou domestique, Québec, 2010-2011 . 224

Chapitre 13 La participation sociale

Tableau 13.1
Participation sociale aux activités courantes et aux rôles sociaux selon le sexe, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 235

Tableau 13.2
Participation sociale aux activités courantes et aux rôles sociaux selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 237

Tableau 13.3
Participation sociale aux activités sociales et aux rôles sociaux selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 239

Tableau 13.4
Participation sociale aux activités courantes et aux rôles sociaux selon le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 241

Tableau 13.5
Mesure globale de la participation sociale selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 242

Tableau 13.6
Mesure globale de la participation sociale selon la gravité de l'incapacité et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 243

Liste des figures

PARTIE 2 Caractéristiques des personnes avec incapacité

Chapitre 3 Caractéristiques sociodémographiques et économiques

Figure 3.1
Proportion de personnes vivant seules selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 71

Figure 3.2
Niveau de scolarité selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 75

Figure 3.3
Proportion de personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 78

Figure 3.4
Indice de défavorisation matérielle selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 81

Figure 3.5
Indice de défavorisation sociale selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 82

Chapitre 4 État de santé et consommation de médicaments prescrits

Figure 4.1
Perception de l'état de santé selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 90

Figure 4.2
Nombre de problèmes de santé de longue durée selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 93

Figure 4.3
Nombre de problèmes de santé de longue durée selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 95

Figure 4.4
Proportion de consommateurs actuels de médicaments prescrits selon le groupe d'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 97

PARTIE 3 Utilisation des services de santé et des services sociaux

Chapitre 5 Médecin de famille et endroit habituel de soins

Figure 5.1
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 110

Figure 5.2
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon la région sociosanitaire, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 111

Figure 5.3
Consultation auprès du médecin de famille selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011. 123

Figure 5.4
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011 125

Figure 5.5
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011 126

Chapitre 6 Médecins spécialistes

Figure 6.1
Proportions d'hommes et de femmes suivis régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 132

Figure 6.2
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 134

Figure 6.3
Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste, Québec, 2010-2011 137

Figure 6.4
Proportions d'hommes et de femmes présentant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 139

Figure 6.5
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 140

Chapitre 7 Autres professionnels de la santé et des services sociaux

Figure 7.1
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 148

Figure 7.2
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 151

Chapitre 8 Services de l'hôpital et services à domicile posthospitaliers du CLSC

Figure 8.1
Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier selon le type de service et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 158

Figure 8.2
Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier selon le type de service et le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 159

Figure 8.3
Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 166

Figure 8.4
Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le nombre de problèmes de longue durée, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 . . . 167

Figure 8.5
Proportions des personnes ayant eu un besoin non comblé de soins de santé et d'aide à domicile posthospitaliers du CLSC selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 . . . 172

Figure 8.6
Proportions des personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé et d'aide à domicile posthospitaliers du CLSC selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec incapacité ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011 . . . 173

Chapitre 9 Soins de santé à domicile du CLSC ou d'autres organismes publics ou privés

Figure 9.1
Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile selon la gravité de l'incapacité et le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 . . . 179

Figure 9.2
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé à domicile selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 2010-2011 . . . 183

Chapitre 10 Services de réadaptation spécialisés

Figure 10.1
Proportion de personnes ayant reçu des services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, Québec, 2010-2011 . . . 189

Figure 10.2
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé de services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, Québec, 2010-2011 . . . 193

PARTIE 4 Répercussions de l'incapacité sur la réalisation des activités de la vie quotidienne ou domestique et sur la participation sociale

Chapitre 12 Aide pour les activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique

Figure 12.1
Les dimensions de l'aide pour la réalisation des activités quotidiennes ou domestiques . . . 204

Chapitre 13 La participation sociale

Figure 13.1
Schéma conceptuel de l'échelle de participation sociale aux habitudes de vie . . . 231

INTRODUCTION

Vivre avec une incapacité, c'est vivre en ayant une limitation d'activités qui découle d'un état ou d'un problème de santé physique ou mentale de longue durée. Une partie de la population québécoise, jeune ou moins jeune, est dans cette situation. Ces personnes ont par exemple de la difficulté à entendre, à voir, à marcher ou à apprendre, ou encore une limitation dans le genre ou la quantité d'activités qu'elles peuvent faire à la maison, à l'école ou au travail, ou dans d'autres contextes comme les déplacements, les sports et les loisirs. Certaines personnes présentent plusieurs difficultés ou limitations, ce qui peut entraîner des répercussions importantes dans leur vie de tous les jours, notamment au regard de leur état de santé et de bien-être et de leurs besoins de soins et de services sur ce plan.

L'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011* (EQLAV) permet de documenter la qualité de la prise en charge, par le système de santé et de services sociaux, de certaines populations considérées comme potentiellement vulnérables et davantage susceptibles d'utiliser les services ou d'en avoir besoin. Parmi celles-ci figure la population ayant une incapacité, à laquelle est consacré le présent volume[1]. Les personnes visées par l'enquête sont âgées de 15 ans et plus et vivent en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel[2].

L'EQLAV a été menée par l'Institut de la statistique du Québec suivant un mandat confié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)[3]. Cette vaste enquête populationnelle a été réalisée afin de répondre aux besoins d'informations statistiques à l'échelle provinciale ou régionale formulés par le MSSS et son réseau, de même que par l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ). Elle permet ainsi de soutenir l'évaluation de certains aspects de la performance du système de santé à l'égard des personnes avec incapacité, dans un contexte où la réforme de la santé et des services sociaux est en voie d'être complétée.

En effet, au Québec comme ailleurs, les dernières décennies ont été marquées par une profonde réflexion sur la stratégie à adopter en matière de santé et de bien-être de la population, principalement à l'égard de l'organisation et de la performance du système de santé et de services sociaux. En témoignent les travaux de la commission Clair, qui constatait, au début des années 2000, des lacunes majeures sur le plan de l'organisation des services de santé, plus particulièrement en ce qui concerne l'accessibilité, la continuité et la coordination des services, ainsi que sur le plan de la gouverne, en notant l'absence de mécanismes de suivi systématique des résultats et de la performance du système (Clair, 2000).

La réforme des services de santé et des services sociaux a été entreprise, fondée sur deux grands principes : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services pour une meilleure intégration entre les première, deuxième et troisième lignes (MSSS, 2009). Parmi les services de santé et services sociaux, certains visent à répondre à des besoins touchant l'ensemble de la population et d'autres, à des besoins liés à des problématiques particulières, comme la déficience physique, la déficience intellectuelle ou les troubles envahissants du développement, la perte d'autonomie, la santé mentale et la santé physique (MSSS, 2004). Encadrée sur le plan législatif et administratif, cette réforme a vu sa phase d'implantation en bonne partie réalisée vers la fin de la décennie 2000 (MSSS, 2009). Un cadre ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux a par ailleurs été élaboré à des fins de gestion (MSSS, 2012).

---

1. Deux autres populations ciblées par l'EQLAV feront chacune l'objet d'une publication à paraître en 2013, il s'agit des personnes âgées de 15 ans et plus ayant un problème de santé de longue durée et des personnes âgées de 65 ans et plus, qu'elles aient ou non une incapacité ou un problème de santé de longue durée. Pour plus de détails sur les populations à l'étude dans l'EQLAV, voir C. Fournier, M Godbout et L. Cazale, 2013.
2. Cela inclut, entre autres, les personnes vivant dans les résidences privées pour aînés.
3. Cette introduction résume celle, plus détaillée, du volume 1 de l'EQLAV (voir C. Fournier, M Godbout et L. Cazale, 2013), elle-même tirée du cadre de référence de l'enquête (ISQ, 2011).

En parallèle, des changements importants sont aussi survenus au chapitre de l'intégration sociale des personnes handicapées au Québec, diverses actions ayant permis d'en assurer la promotion et le renforcement au fil des ans. Parmi ces actions, soulignons l'adoption en 2004 de la Loi modifiant la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées et d'autres dispositions législatives[4], et l'élaboration en 2009 de la politique *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*, qui a pour objectif d'accroître la participation sociale des personnes handicapées au Québec d'ici 2019. La Loi et la politique qui en découle prévoient l'implication de plusieurs acteurs – ministères, municipalités et organismes publics et privés – dans l'élaboration de différentes mesures visant les personnes handicapées, leurs familles et leur milieu de vie ainsi que dans la mise en œuvre et l'organisation de ressources et de services adaptés à leurs besoins, notamment en matière de santé et de bien-être (OPHQ, 2009).

Le suivi et l'évaluation de cette politique supposent la disponibilité d'indicateurs pertinents, dont plusieurs sont tirés d'enquêtes. Toutefois, le manque de données à jour et détaillées à l'échelle régionale concernant la population handicapée ou à l'échelle provinciale à propos de certains sous-groupes (c'est le cas, entre autres, des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement et des personnes ayant une limitation d'activités en raison de troubles de santé mentale) constitue une lacune. Au niveau provincial, les données les plus récentes proviennent de l'*Enquête sur la participation et les limitations d'activités* de 2006 (EPLA), de Statistique Canada. Au niveau des régions, elles datent de presque 15 ans avec l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités* (EQLA), menée par l'ISQ en 1998. Parmi les besoins informationnels figurent notamment les indicateurs décrivant l'accès et le recours à des services de santé et à des services sociaux, notamment les services de réadaptation spécialisés, et le besoin d'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne (AVQ) ou de la vie domestique (AVD). Dans ce contexte, l'EQLAV constitue une référence pertinente puisqu'elle fournit des données statistiques sur plusieurs aspects liés à ces thèmes, en plus d'aborder des notions liées à la santé et au bien-être de la population avec incapacité[5], à l'échelle provinciale et régionale.

Présentation de la publication

Dans ce volume, on présente un portrait statistique des personnes âgées de 15 ans et plus avec incapacité ciblées par l'enquête, ce qui inclut non seulement les personnes vivant en ménage privé mais aussi celles qui vivent en ménage collectif non institutionnel. D'abord, on traite de la prévalence de l'incapacité puis des caractéristiques des personnes sur le plan sociodémographique et économique, de même qu'en ce qui concerne l'incapacité et la santé. Ensuite, on se penche sur leur utilisation des services de santé et des services sociaux et de leurs besoins non comblés sur ce plan. Les résultats touchent un large éventail de services, comme le suivi médical et psychosocial (consultation du médecin de famille, des médecins spécialistes et des autres professionnels de la santé et des services sociaux), les services hospitaliers, les services à domicile et les services de réadaptation spécialisés. Ils portent aussi sur d'autres thèmes liés à la santé et au bien-être, notamment les besoins d'aide humaine pour réaliser certaines activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique de même que la participation sociale des personnes avec incapacité.

Parmi les intérêts particuliers que présente l'EQLAV, mentionnons d'abord le fait que cette enquête assure la production de données détaillées selon l'âge parmi les personnes de 65 ans et plus, au niveau provincial. Plusieurs indicateurs traités dans ce volume sont ainsi examinés selon des groupes d'âge fins, ce qui permet de porter un regard plus nuancé sur les caractéristiques sociales et de santé des aînés québécois ayant des incapacités, notamment chez ceux qui sont âgés de 85 ans et plus. Par ailleurs, l'inclusion des personnes vivant en ménage collectif non institutionnel dans la population cible de l'enquête fait en sorte que la réalité de ces per-

4. Conformément aux dispositions de cette loi (L.Q., c.31), le titre de la loi de 1978 a été modifié comme suit : Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (L.R.Q., c. E-20.1).

5. L'EQLAV s'intéresse à la population avec incapacité selon une définition proche de celle de la population handicapée visée par la politique et définie par la loi québécoise. La loi définit une personne handicapée comme « toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes ».

sonnes est prise en compte dans les résultats. Or, bien souvent, le portrait tiré des données d'enquêtes s'en tient à la situation de la population vivant en ménage privé. Au chapitre de la mesure des besoins non comblés de soins de santé et de services sociaux, l'EQLAV présente l'avantage de fournir des informations spécifiques par type de service ou encore par type de professionnel, qui précisent également s'il s'agit de services ayant été recommandés par un médecin ou par un autre professionnel de la santé ou des services sociaux (cette précision étant possible pour la plupart des indicateurs de besoins non comblés). À ce jour, une information aussi détaillée n'était pas disponible dans les enquêtes sur la santé abordant la question des besoins non comblés. De plus, pour la première fois dans une enquête populationnelle, la participation sociale des personnes avec incapacité est documentée à l'échelle de la province, au moyen de l'instrument *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE) basé sur l'approche conceptuelle du *Processus de production du handicap* (PPH) (Fougeyrollas et autres, 1998; Fougeyrollas et autres, 2002). C'est cette même approche qui a servi à l'élaboration de la politique gouvernementale québécoise *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité* ayant pour objectif d'accroître la participation sociale des personnes handicapées (OPHQ, 2009).

Enfin, d'autres caractéristiques des personnes avec incapacité sont décrites dans ce volume, grâce aux informations recueillies dans l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (EQES), à laquelle l'EQLAV est rattachée[6]. L'arrimage à cette enquête, aussi réalisée par l'Institut de la statistique auprès des personnes âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel au Québec[7], offre la possibilité de combiner des données de ces deux sources, ce qui augmente la richesse d'analyses possibles. Par exemple, l'examen de certains aspects de l'expérience de soins (comme l'affiliation à un médecin de famille et l'endroit habituel de soins) et de quelques caractéristiques sociodémographiques et économiques des personnes documentés dans l'EQES permet de mieux comprendre l'utilisation des services et les besoins non comblés de la population à l'étude, mesurés dans l'EQLAV. Dans l'ensemble, on peut souligner les efforts déployés pour rendre le questionnaire de l'EQLAV le mieux adapté possible à la réalité québécoise en matière d'organisation et de prestation des services de santé et des services sociaux (c'est le cas, par exemple, des services à domicile fournis par le CLSC ou par d'autres organismes publics ou privés ou encore des services de réadaptation spécialisés), ce qui contribue à augmenter la pertinence et la spécificité des résultats.

Après une première publication visant à décrire l'EQLAV, ses aspects méthodologiques et ses populations cibles, ce volume est consacré aux résultats de l'enquête concernant la population de 15 ans et plus avec incapacité, à partir d'une analyse descriptive des données. Il compte quatre grandes parties et 13 chapitres au total, dans lesquels les résultats sont présentés à l'échelle provinciale, mises à part quelques exceptions où des données régionales sont présentées. Ce volume sera suivi de deux publications à paraître en 2013, portant cette fois sur la population de 15 ans et plus ayant un problème de santé de longue durée et sur celle âgée de 65 ans et plus avec ou sans incapacité ou problème de santé de longue durée. Les données de l'EQLAV à l'échelle des régions sociosanitaires seront, quant à elles, diffusées sur le site Web de l'Institut de la statistique du Québec.

6. Pour plus de détails au sujet de l'arrimage de l'EQLAV à l'EQES, voir le chapitre 1 du volume 1 de l'EQLAV (C. Fournier, M Godbout et L. Cazale, 2013).

7. Pour plus de détails au sujet de cette enquête, voir M.-È. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi (2013).

RETOUR SUR LES ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES DE L'ENQUÊTE

Cette section présente les principaux aspects de la méthodologie[1] de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement* (EQLAV) ainsi que des éléments méthodologiques propres aux sujets traités dans ce volume. L'EQLAV est rattachée, sur le plan de la collecte de données, à l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (EQES), menée auprès des personnes âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel au Québec. Cette stratégie de collecte consiste à sélectionner les répondants ciblés par l'EQLAV au sein de l'échantillon de l'EQES (en fonction de leur âge et au moyen de questions visant à détecter la présence d'une incapacité ou d'un problème de santé de longue durée), pour ensuite leur administrer le questionnaire de l'EQLAV.

L'EQLAV (comme l'EQES) porte sur l'ensemble des personnes de 15 ans et plus admissibles au régime d'assurance maladie du Québec et vivant dans un logement non institutionnel au Québec. Cela comprend les personnes qui vivent dans un logement privé et celles qui vivent dans un logement collectif non institutionnel (résidence privée pour aînés, couvent, etc.). Les personnes vivant dans un logement collectif institutionnel (CHSLD, prison, centre jeunesse, centre de réadaptation, etc.) ainsi que celles résidant dans les réserves indiennes ou dans les régions sociosanitaires 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James) ne font pas partie de la population visée par l'enquête. En tout, la population visée par l'EQLAV représente au moins 97,5 % de l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus.

Mentionnons que dans cette publication, la population visée est désignée comme étant la « population âgée de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé[2] ou dans un ménage collectif[3] non institutionnel ».

L'EQLAV a une portée régionale, à l'exception de certains indicateurs pour lesquels les données sont produites à l'échelle provinciale. Elle permet la diffusion de statistiques de bonne précision[4] portant sur la population âgée de 15 ans et plus pour toute proportion de 0,5 % ou plus estimée à l'échelle de la province et de 5,8 % ou plus pour les estimations au niveau régional. Les estimations présentées dans ce volume portent essentiellement sur les personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité. Pour les estimations portant spécifiquement sur cette sous-population, l'enquête permet la diffusion de statistiques de bonne précision à l'échelle provinciale pour toute proportion d'au moins 1,2 %. Pour les estimations sur cette même population mais compilées à partir des personnes sélectionnées pour répondre à l'instrument mesurant l'aide aux activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique (AVQ-AVD), le degré de précision est sensiblement du même ordre[5]. En ce qui regarde les données tirées des renseignements fournis par les personnes de 15 ans et plus sélectionnées pour l'instrument MHAVIE et ayant une incapacité, l'enquête permet la production d'estimations acceptables[6] pour toute proportion d'au moins 6,3 %.

---

1. Pour plus de détails concernant les aspects méthodologiques de l'enquête, voir le chapitre 1 du volume 1 de l'EQLAV (C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).
2. Selon le recensement (Statistique Canada), un ménage privé est constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes occupant un logement privé et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada (ISQ).
3. Selon le recensement (Statistique Canada), un ménage collectif est constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes occupant un logement collectif et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada (ISQ). Dans le cas de l'EQLAV, la population visée inclut les personnes vivant en ménage collectif non institutionnel et exclut celles qui sont en ménage collectif institutionnel.
4. Coefficient de variation inférieur ou égal à 10 %.
5. Les statistiques sur cette sous-population sont bonnes pour toute proportion supérieure à 1,3 % à l'échelle provinciale.
6. Coefficient de variation inférieur ou égal à 15 %.

La base de sondage utilisée pour sélectionner l'échantillon de l'enquête a été extraite du fichier des inscriptions des personnes assurées de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Puisque l'EQLAV est arrimée à l'EQES, le plan de sondage de l'EQES a été adapté pour permettre d'atteindre ses objectifs spécifiques. Un suréchantillonnage a été nécessaire dans 7 des 16 régions sociosanitaires[7] ainsi que chez les personnes âgées de 85 ans et plus. La taille d'échantillon nécessaire pour obtenir le nombre attendu de répondants (46 854 personnes pour l'EQES et 25 759 personnes pour l'EQLAV) a été établie à 77 436 personnes.

La collecte des données s'est déroulée du 18 novembre 2010 au 18 décembre 2011. Environ une dizaine de jours après l'entrevue réalisée pour l'EQES, les personnes étaient recontactées pour répondre au questionnaire de l'EQLAV. La collecte de données s'est effectuée par entrevue téléphonique assistée par ordinateur (ITAO). La durée moyenne d'entrevue a été d'environ 20 minutes. Le questionnaire de l'EQLAV s'adresse plus précisément aux personnes faisant partie de l'une ou l'autre des trois populations ciblées en fonction des objectifs de l'enquête, soit :

- les personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité de longue durée (c'est-à-dire six mois ou plus);
- les personnes âgées de 15 ans et plus ayant un problème de santé de longue durée (c'est-à-dire six mois ou plus);
- les personnes âgées de 65 ans et plus (avec ou sans incapacité ou problème de santé de longue durée).

Le questionnaire contient 11 sections au total : un tronc commun de sections concerne l'ensemble des populations ciblées par l'enquête, alors que certaines sections (ou questions) s'adressent à l'une ou l'autre des trois populations. Si l'on exclut les deux sections ne s'adressant pas spécifiquement aux personnes avec incapacité[8], voici la liste des neuf sections dont les thèmes sont couverts dans le présent volume : nature et gravité de l'incapacité (section NG), médicaments prescrits par un médecin (section E), consultation à l'urgence, hospitalisation et chirurgie d'un jour et services à domicile post-hospitaliers (section B), soins de santé à domicile (section C), services de réadaptation spécialisés en déficience physique ou intellectuelle (section D), services de réadaptation spécialisés en santé mentale ou en alcoolisme et toxicomanie (section DD), suivi médical et psychosocial (section F), aide aux activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique (AVQ-AVD) (section V) et *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE) – adaptation téléphonique (section M)[9]. En ce qui concerne ce dernier instrument, il s'agit d'une version adaptée aux fins de l'EQLAV de la version courte de la MHAVIE[9], le travail d'adaptation ayant été réalisé en collaboration avec les auteurs pendant la phase d'élaboration de l'enquête.

La possibilité d'inclure une version adaptée du *Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle* (SMAF) dans le questionnaire a aussi été examinée dans le cadre des travaux d'élaboration de l'EQLAV. Précisons que le SMAF est un instrument permettant d'évaluer, d'une part, différentes fonctions liées aux activités de la vie quotidienne, à la mobilité, à la communication et aux tâches domestiques ainsi que les fonctions mentales et, d'autre part, les ressources en place pour pallier les incapacités[10]. Cet instrument clinique étant largement utilisé au Québec et ailleurs, il avait été jugé opportun d'entreprendre des travaux pour en faire une version adaptée au contexte d'une enquête populationnelle, dans le but de fournir un portrait d'ensemble de l'autonomie fonctionnelle chez la population québécoise. Cependant, une étude de validation a révélé une inconsistance entre les résultats issus du SMAF clinique et ceux obtenus au moyen de l'outil adapté, ce qui a fait en sorte qu'il n'a pu être retenu[11].

---

7. Afin de permettre l'atteinte des objectifs de précision des estimations pour deux des instruments de l'EQLAV, soit la *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE) et l'instrument mesurant l'aide aux activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique (AVQ-AVD).
8. Il s'agit de la section G portant sur l'information et l'autogestion de la maladie, adressée aux personnes ayant un problème de santé de longue durée (avec ou sans incapacité), et de la section FR portant sur certains marqueurs de fragilité, adressée aux personnes âgées de 65 ans et plus (avec ou sans incapacité). Les thèmes abordés dans ces sections du questionnaire de l'EQLAV seront traités dans les deux volumes à paraître, se rapportant à ces populations.
9. La version courte de la MHAVIE contient 16 énoncés correspondant à autant d'habitudes de vie (Fougeyrollas, Noreau et autres, 2002). Il existe aussi une version abrégée de cet instrument dans laquelle les habitudes de vie sont détaillées en 77 énoncés ainsi qu'une version longue de 242 énoncés.
10. Hébert, Carrier et Bilodeau (1988). Développé en 1983, l'outil clinique a été révisé en 1993 puis en 2002.
11. Voir l'étude réalisée par Hébert, Raîche et Gueye (2012).

Au total, 24 772 personnes ont répondu au questionnaire de l'EQLAV (dont 14 055 ayant une incapacité). Le taux de réponse pondéré global à l'enquête (49 %) correspond au produit du taux de réponse pondéré à l'EQES (63 %) et du taux de réponse pondéré au questionnaire de l'EQLAV par rapport aux répondants qui y étaient admissibles (77 %). Dans les régions sociosanitaires, les taux de réponse globaux vont de 44 % à 56 %.

Mentionnons que 1 491 des 24 772 entrevues complétées l'ont été par un tiers (dans 1 348 cas, le tiers répondait au nom d'une personne avec incapacité). Un tiers répondant remplissait le questionnaire pour la personne sélectionnée n'étant pas en mesure de le faire, soit pour des raisons de santé ou d'incapacité (la grande majorité des cas), soit parce qu'elle ne parlait ni le français ni l'anglais. Certaines questions portant sur des perceptions ou sur un sujet personnel et délicat n'ont cependant pas été posées aux tiers répondants.

Toutes les estimations présentées dans les analyses de l'ISQ ont été pondérées afin de tenir compte, d'une part, du fait que certaines personnes avaient plus de chances d'être sélectionnées que d'autres et, d'autre part, de la non-réponse plus importante observée chez certains groupes de personnes. Pour prendre en considération le plan de sondage, des poids d'auto-amorçage (*bootstrap*) ont été utilisés dans la production des estimations de précision et des tests statistiques. La mesure de précision utilisée dans cette publication est le coefficient de variation (CV). Les estimations dont le CV est inférieur ou égal à 15 % sont considérées comme suffisamment précises et présentées sans commentaire. Les estimations dont le CV est supérieur à 15 % mais inférieur ou égal à 25 % sont marquées d'un astérisque (*) dans les tableaux et les figures ainsi que dans le texte, ce qui indique que leur précision est passable et qu'elles doivent être interprétées avec prudence. Les estimations dont le CV est supérieur à 25 % sont marquées d'un double astérisque (**) pour signaler leur faible précision et le fait qu'elles doivent être utilisées avec circonspection; elles ne sont d'ailleurs fournies qu'à titre indicatif.

Les résultats présentés ont d'abord fait l'objet d'un test global du Khi-deux afin de mesurer l'association entre la variable d'analyse et la variable de croisement. Lorsque cette association était significative au seuil de 5 % et que la variable d'analyse ou la variable de croisement comptait plus de deux catégories, des tests d'égalité des proportions ont été menés afin de déceler les écarts les plus importants[12]. Dans le but de faire ressortir les principales différences et d'alléger le texte, la description des catégories de variables qui se distinguent significativement de toutes les autres catégories (une ou deux, selon le cas) a été privilégiée plutôt que la présentation de toutes les différences significatives.

Toutes les estimations de proportions sont présentées avec une décimale dans les tableaux et figures, mais ont été arrondies à l'unité dans le texte (sauf celles inférieures à 5 %). En raison de l'arrondissement, la somme des proportions de certains tableaux ou figures peut être légèrement supérieure ou inférieure à 100 %. Les populations estimées (Pe) sont quant à elles arrondies à la centaine.

Une imputation partielle a été faite pour l'indicateur désignant les personnes ayant une incapacité de nature indéterminée, c'est-à-dire les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité. Pour une grande partie des cas touchés par la non-réponse partielle à cet indicateur, celle-ci pouvant se déduire à l'aide des réponses fournies aux questions portant sur les différents types d'incapacité, une imputation déductive a été faite. Ainsi, près de 95 % de la non-réponse partielle initiale à cet indicateur a été imputée, pour ramener le taux de non-réponse partielle à moins de 1%.

Les indices calculés à partir des questions de la section consacrée à la MHAVIE, soit l'indice calculé pour chacun des 14 items du MHAVIE ainsi que l'indice global, ont aussi fait l'objet d'une imputation en raison d'un taux de non-réponse élevé à l'indice global (17,7 %). Quelques-uns des items imputés présentaient également un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Ces indices (ou cotes) renseignent sur l'aide dont le répondant a habituellement besoin pour réaliser ses activités de tous les jours. L'imputation des indices s'est faite selon deux approches utilisant la méthode du plus proche voisin, le choix de l'approche dépendant du nombre de questions présentant de la non-réponse partielle dans la composition de l'indice. Pour les cas n'ayant qu'une réponse manquante (soit 62 % des cas), les questions liées à la mesure de l'item et les caractéristiques du répondant

12. Dans le cas où la variable de croisement était la région sociosanitaire et en présence d'un test global significatif, des tests d'égalité de proportions ont été faits entre chaque région prise individuellement et son complémentaire provincial (le reste du Québec).

(âge, sexe, occupation principale et indice de gravité de l'incapacité) ont été utilisées pour trouver le plus proche voisin. Pour les cas restants qui avaient plus d'une réponse manquante, l'imputation s'est faite en choisissant le plus proche voisin parmi les individus présentant le plus de résultats d'indices communs, en ajoutant la condition d'avoir la même réponse à la question filtre des items où les réponses manquantes se trouvaient.

D'autres indicateurs de l'EQLAV analysés dans ce volume et touchés par une non-réponse partielle élevée ont fait l'objet d'une imputation. Ce sont l'indice de gravité de l'incapacité et le nombre de problèmes de santé de longue durée. Les détails de l'imputation pour ces indicateurs sont présentés dans le volume 1 de l'EQLAV[13].

Également, d'autres variables étudiées dans ce volume présentent des taux de non-réponse partielle supérieurs à 5 %. C'est le cas de l'indicateur comptabilisant le nombre d'incapacités (6 %), de ceux décrivant les causes de l'incapacité (8 %) et des questions de perception portant sur l'état de santé et sur l'appréciation du délai écoulé entre le début des démarches en vue d'obtenir une consultation auprès du médecin généraliste et le moment de cette consultation. La non-réponse aux indicateurs portant sur le nombre d'incapacités et ceux décrivant les causes de l'incapacité est caractérisée par l'âge du répondant. On note, en effet, que l'âge est lié à la fois à ces variables et à la non-réponse, ce qui entraîne un biais dans les estimations. Pour ce qui est de l'indicateur comptabilisant le nombre d'incapacités, les non-répondants sont plus âgés que les répondants. Le biais ainsi créé fait en sorte que le pourcentage de personnes avec un seul type d'incapacité est légèrement surestimé (environ 0,5 %), alors que les pourcentages de personnes mentionnant deux, trois ou quatre incapacités sont quelque peu sous-estimés (environ 0,2 % pour chacune de ces trois catégories).

En ce qui concerne les indicateurs décrivant les causes de l'incapacité, les non-répondants sont cette fois plus jeunes que les répondants. Cela créé un biais plus important sur les estimations qui concernent les causes directement liées à l'âge. Des surestimations sont ainsi observées pour certaines causes : de l'ordre de 2,5 % pour le vieillissement, de 0,9 % pour un problème de santé (ou ses séquelles), de 0,6 % pour la douleur et de moins de 0,5 % pour des conditions liées au travail ou encore d'autres causes. Des sous-estimations respectives de 0,8 % et 0,7 % ont été comptabilisées lorsque la cause est une déficience (ou une condition présente à la naissance) ou encore l'embonpoint. Le biais associé aux autres causes est négligeable.

La majeure partie de la non-réponse partielle associée aux variables de perception provient des individus pour lesquels le questionnaire a été complété par des tiers répondants. Un tiers ne pouvant pas répondre à des questions d'opinion au nom du répondant, ces questions se retrouvent en non-réponse pour ces individus. Plusieurs variables sont liées à la fois à ces questions et à la non-réponse partielle qui leur est associée. Dans le cas de la variable évaluant la perception de la personne quant au délai entre le moment du début des démarches pour consulter le médecin de famille généraliste et le moment de cette consultation, les résultats de l'analyse de la non-réponse indiquent une sous-estimation de la proportion des individus qui jugent le délai raisonnable d'au plus 0,3 %. Pour ce qui est de la variable qui porte sur la perception de l'état de santé, le sens du biais n'est pas toujours le même selon la variable étudiée. Ainsi, lorsque l'on estime le biais selon l'âge, on note une surestimation de la part des gens se percevant en moyen ou mauvais état de santé de 0,3 % et lorsqu'on l'évalue selon l'indice de gravité de l'incapacité, on la sous-estime d'environ 2 %.

Mentionnons enfin que le seuil à partir duquel un taux de non-réponse partielle est jugé élevé passe de 5 % à 10 % pour les indicateurs portant sur des sous-populations ou des domaines très restreints. Dans ce volume, une seule variable dans cette situation présente un taux supérieur à 10 %, soit le nombre d'heures d'aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée pour cinq activités de la vie quotidienne ou domestique au cours d'une période de sept jours. Le taux de non-réponse partielle pour cette variable est d'environ 11 %. Aucune analyse de biais n'a été faite puisque, étant donné l'effectif restreint des répondants, le biais potentiel est moins important que la marge d'erreur liée à cette variable.

13. Voir C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

Partie 1

PRÉVALENCE DE L'INCAPACITÉ AU QUÉBEC

1 PRÉVALENCE DE L'INCAPACITÉ DANS LA POPULATION QUÉBÉCOISE DE 15 ANS ET PLUS

CLAIRE FOURNIER ET LINDA CAZALE

Faits saillants

- L'incapacité, telle que mesurée dans l'EQLAV 2010-2011, touche environ 33 % des personnes âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel au Québec. Il est à noter que l'enquête s'intéresse à l'incapacité de longue durée (c'est-à-dire dont la durée est de six mois ou plus). Le taux d'incapacité atteint 84 % chez les personnes de 85 ans et plus.

- Lorsque l'on tient compte de la gravité de l'incapacité, on observe qu'un peu plus d'une personne sur dix âgées de 15 ans et plus présente une incapacité modérée ou grave. Chez les aînés de 85 ans et plus, la majorité des personnes (six sur dix) sont dans cette situation.

- Les types d'incapacité physiques documentés par l'enquête sont les incapacités liées à l'audition, à la vision, à la parole, à la mobilité et à l'agilité ainsi que l'incapacité de nature physique non déterminée. S'ajoutent à cette liste les types d'incapacité non physiques liés à la mémoire et à l'apprentissage, la déficience intellectuelle ou les troubles envahissants du développement (TED) et l'incapacité de nature psychologique. Les incapacités liées à l'agilité et à la mobilité s'avèrent les plus répandues dans la population visée (15 % et 13 %, respectivement), notamment dans les groupes d'âge à partir de 50 ans. Chez les 15 à 24 ans, l'incapacité liée à l'apprentissage est la plus fréquente (un jeune sur huit).

- Quatre régions sociosanitaires présentent un taux d'incapacité supérieur lorsqu'on les compare au reste du Québec (Outaouais, Nord-du-Québec, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Lanaudière), tandis que deux régions affichent un taux inférieur (Montréal et Montérégie). Une fois standardisés, afin de tenir compte des différences dans la structure d'âge et de sexe de la population des régions, les taux d'incapacité demeurent significativement plus élevés dans l'Outaouais, le Nord-du-Québec et Lanaudière qu'ailleurs dans la province et il est plus faible en Montérégie.

Ce chapitre étudie la prévalence de l'incapacité dans la population visée par l'EQLAV 2010-2011, soit les personnes âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel[1]. Cet ensemble comprend notamment les personnes vivant dans une résidence privée pour aînés. La prévalence de l'incapacité est d'abord estimée de manière globale puis pour différents types d'incapacité et, enfin, en tenant compte de la gravité de l'incapacité. Les estimations sont détaillées selon le sexe et l'âge. Le chapitre fournit également des estimations à l'échelle régionale du taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité[2].

Il est utile de rappeler que l'incapacité est définie dans l'EQLAV comme une limitation d'activités qui découle d'un état, d'une condition ou d'un problème de santé physique ou mentale de longue durée (c'est-à-dire qui dure depuis

1. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).
2. À l'exception des résultats concernant les régions, les résultats de ce chapitre sont tirés de la section 2.2 du volume 1 de l'EQLAV (C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale, 2013).

au moins six mois ou qui a une durée présumée d'au moins six mois). Cette définition générale repose sur le cadre conceptuel fourni par la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2001).

Chez les adultes, le concept d'incapacité renvoie à la réduction (partielle ou totale) de la capacité de réaliser certaines fonctions ou tâches de la vie quotidienne, comme entendre, voir, parler, marcher ou manier des objets. Il inclut aussi des limitations sur le plan des fonctions cognitives (comme les difficultés de mémoire, les troubles d'apprentissage, la déficience intellectuelle ou les troubles envahissants du développement) ainsi que des limitations d'activités à la maison, à l'école ou au travail, ou encore dans les déplacements, les sports ou les loisirs, en raison d'un état ou d'un problème de santé physique de longue durée, d'une part, ou en raison d'un trouble émotif, psychologique ou psychiatrique de longue durée, d'autre part. Soulignons également qu'une personne n'est pas considérée comme ayant une incapacité si l'utilisation d'une aide technique lui permet de surmonter sa déficience[3].

La gravité de l'incapacité peut varier d'une personne à l'autre selon la fréquence et l'intensité des difficultés et limitations. Des répercussions importantes peuvent s'ensuivre pour une personne, notamment lorsque le niveau de gravité de son incapacité est élevé. Par exemple, une telle condition peut entraîner une plus grande utilisation des services de santé et des services sociaux et le besoin d'aide humaine pour réaliser certaines activités courantes. La prise en compte de la gravité permet de dresser un portrait plus précis de l'incapacité dans la population.

Soulignons que malgré le fait que la mesure de l'incapacité dans cette enquête s'apparente beaucoup à celle utilisée dans l'EQLA 1998, plusieurs éléments méthodologiques distinguent les deux enquêtes, notamment quant au mode de collecte (au téléphone dans l'EQLAV et en face à face dans l'EQLA). Les différences sont encore plus grandes entre l'EQLAV et l'EPLA 2006, tant sur le plan du contenu que sur celui des méthodes. En conséquence, les données de l'EQLAV et celles issues de ces deux enquêtes ne sont pas comparables.

3. Par exemple, une personne présentant une déficience visuelle mais compensant celle-ci par le port de lunettes adéquates n'est pas considérée comme ayant une incapacité sur le plan visuel.

Indicateurs utilisés

Taux d'incapacité : Proportion des personnes qui ont déclaré des difficultés à réaliser certaines activités quotidiennes en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée (6 mois ou plus). Cela inclut les difficultés liées à l'audition, à la vision, à la parole, à la mobilité ou à l'agilité, de même que les limitations d'activités en raison d'un problème de mémoire, d'un trouble d'apprentissage, de déficience intellectuelle ou de troubles envahissants du développement, d'un trouble de nature psychologique ou encore d'un problème de santé physique de nature indéterminée. Cet indicateur porte sur l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus visée par l'enquête [Indicateur construit à partir des questions de sélection Q95 à Q112C du questionnaire de l'EQES et des questions NG1 à NG19 de celui de l'EQLAV, ces dernières permettant de confirmer les difficultés mentionnées lors de l'EQES et de déclarer d'autres difficultés, le cas échéant].

Taux d'incapacité selon le type d'incapacité : Proportions de personnes qui ont déclaré des difficultés ou des limitations selon les 10 types d'incapacité documentés dans l'EQLAV. Ces indicateurs portent sur les personnes âgées de 15 ans et plus visées. (Pour plus de détails, voir l'encadré *Types d'incapacité* situé à la page 44). [Dix indicateurs construits à partir des questions de sélection Q95 à Q112C du questionnaire de l'EQES et des questions NG1 à NG19 de celui de l'EQLAV].

Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité : Proportion des personnes qui présentent une incapacité, selon un indice mesurant le niveau de gravité de l'incapacité. La mesure tient compte à la fois de la fréquence (nombre d'activités pour lesquelles la personne déclare une incapacité) et de l'intensité de l'incapacité (le fait d'être totalement ou partiellement incapable de pratiquer une activité donnée). Deux points sont accordés pour chaque réponse indiquant une incapacité totale à réaliser une activité, et un seul point est attribué pour chaque réponse faisant état d'une difficulté à faire une activité (« capable, mais avec difficulté ») ou d'une limitation dans le genre ou la quantité d'activités qu'on peut faire dans différents contextes (maison, travail, etc.). Autrement, aucun point n'est accordé. La somme des points représente un score. L'échelle des scores obtenus est divisée en trois catégories distinguant les niveaux d'incapacité légère (1 à 4 points), modérée (5 à 10 points) et grave (11 points et plus). Ainsi construit, l'indice de gravité de l'incapacité permet de qualifier celle-ci dans son ensemble selon ces trois niveaux mais ne permet pas de le faire pour chacun des types d'incapacité[1]. Le taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité porte sur l'ensemble de la population âgée de 15 ans et plus visée par l'enquête. [Indicateur construit à partir des questions de sélection Q95 à Q112C du questionnaire de l'EQES et des questions NG1 à NG19 de celui de l'EQLAV, ces dernières permettant de confirmer les difficultés mentionnées lors de l'EQES et de déclarer d'autres difficultés, le cas échéant, tout en précisant leur intensité].

1. Pour plus de détails sur l'indice de gravité de l'incapacité, voir la section 2.2.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

1.1 Taux d'incapacité global

Environ une personne sur trois a une incapacité parmi la population québécoise de 15 ans et plus visée par l'enquête

Selon l'EQLAV 2010-2011, la proportion de personnes ayant une incapacité parmi celles âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel est estimée à près de 33 % (ce qui correspond à environ 2 215 100 personnes) (tableau 1.1). Cela inclut les personnes dont l'incapacité est légère, modérée ou grave dont le portrait est détaillé à la section 1.3. Bien que l'on ne puisse pas faire de comparaisons, ces résultats se démarquent de ceux tirés d'enquêtes sur l'incapacité réalisées dans le passé. Un compte rendu de l'examen de ce phénomène est présenté dans l'encadré situé à la page 43.

Tableau 1.1
Taux d'incapacité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	%	Pe (k)
Sexe		
Hommes	32,2	1 059,4
Femmes	34,3	1 155,8
Groupe d'âge		
15-64 ans	28,0	1 523,4
15-24 ans	24,3	238,7
25-49 ans	23,2	632,2
50-64 ans	37,8	652,8
65 ans et plus	57,2	694,7
65-74 ans	48,0	328,1
75 ans et plus	69,3	367,5
75-84 ans	63,9	248,8
85 ans et plus	84,0	118,6
Ensemble de la population	**33,3**	**2 215,1**

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Le taux d'incapacité s'accroît d'un groupe d'âge à l'autre à partir de 25 ans, pour atteindre 84 % chez les personnes de 85 ans et plus

Le taux d'incapacité est légèrement plus élevé chez les femmes que chez les hommes (34 % c. 32 %). Le taux d'incapacité varie également selon l'âge. Ainsi, le taux est estimé à 28 % chez le groupe des 15 à 64 ans, tandis qu'il atteint 57 % chez les personnes de 65 ans et plus (tableau 1.1). Une analyse plus détaillée montre que le taux d'incapacité s'accroît d'un groupe d'âge à l'autre, seules les personnes de 15 à 24 ans et celles de 25 à 49 ans ne se démarquant pas significativement à cet égard.

Soulignons le taux élevé de l'incapacité chez les personnes de 75 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel : en effet, près des deux tiers (64 %) des personnes de 75 à 84 ans présentent une incapacité, comparativement à 84 % des aînés de 85 ans et plus.

L'écart observé entre les sexes quant au taux d'incapacité s'avère significatif seulement parmi les deux groupes les plus âgés (annexe A, tableau A1.1 situé à la page 50). Ainsi, les femmes de 75 à 84 ans affichent une prévalence plus élevée que les hommes du même âge (67 % c. 60 %), et il en va de même dans le groupe des 85 ans et plus (86 % c. 81 %). Ces résultats traduisent un possible effet d'âge : les femmes ayant une espérance de vie supérieure à celle des hommes, ce facteur peut expliquer qu'elles sont davantage touchées qu'eux.

Prévalence de l'incapacité : parallèle entre les résultats de l'EQLAV 2010-2011 et ceux de l'EQLA 1998

L'EQLAV 2010-2011 permet d'estimer à un peu plus de 33 % le taux d'incapacité global chez la population québécoise de 15 ans et plus visée par l'enquête. Ce résultat se démarque de ceux obtenus à partir de données d'enquêtes sur l'incapacité réalisées dans le passé. Ainsi, l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (EQLA)[1] avait révélé un taux d'incapacité de près de 17 %. Dans l'*Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006* (EPLA)[2], le taux était estimé à 12 %. Rappelons que ces prévalences ne sont pas comparables sur le plan statistique en raison de différences conceptuelles et méthodologiques entre les enquêtes, celles-ci étant particulièrement marquées entre l'EQLAV et l'EPLA (notamment quant à la façon de mesurer l'incapacité et à la stratégie de sélection des personnes avec incapacité). L'EQLAV et l'EQLA présentent aussi des distinctions méthodologiques[3] mais l'incapacité y est définie de façon similaire. Dans ce contexte, l'écart d'environ 17 points de pourcentage séparant les taux d'incapacité issus des deux enquêtes semble inattendu. Afin de mieux comprendre cet écart et de cerner certains facteurs susceptibles d'influencer la mesure de l'incapacité, les données de l'EQLAV et de l'EQLA ont fait l'objet d'un examen plus poussé. Les principaux résultats sont ici résumés[4], et les constats tirés de certaines études permettent d'évoquer d'autres pistes d'explication possibles. À la lumière de ces observations, quelques nuances pour l'interprétation des résultats de l'EQLAV sont suggérées.

L'analyse révèle d'abord que l'écart entre le taux d'incapacité de l'EQLAV et celui de l'EQLA est surtout le fait de l'incapacité légère; il est moins marqué du côté de l'incapacité modérée et de l'incapacité grave[5]. Par ailleurs, le vieillissement de la population (entre 1998 et 2010-2011) et l'inclusion, dans la population visée de l'EQLAV, des personnes vivant en résidence privée pour aînés (ces personnes ne faisaient pas partie de la population visée de l'EQLA) expliquent en bonne partie l'écart entre les taux d'incapacité modérée et d'incapacité grave observés dans les deux enquêtes. Le rôle de ces deux facteurs demeure toutefois marginal en ce qui concerne l'écart noté du côté de l'incapacité légère. Ces résultats vont dans le sens de l'hypothèse soutenue dans la littérature quant à la plus grande robustesse de la mesure de l'incapacité modérée et de l'incapacité grave comparativement à celle de l'incapacité légère, davantage susceptible de fluctuer selon les méthodes et les instruments d'enquête (Camirand, J. et autres, 2003). Ces nuances invitent à tenir compte du niveau de gravité de l'incapacité dans l'interprétation des résultats de l'EQLAV concernant les personnes avec incapacité, dans la mesure du possible.

L'écart entre le taux d'incapacité de l'EQLAV et celui de l'EQLA peut aussi refléter d'autres phénomènes relevant davantage du contexte social et sanitaire, susceptibles notamment d'influer sur la mesure de l'incapacité légère. Parmi ceux-ci, les avancées en matière de dépistage de certains troubles pourraient être en cause ainsi que l'augmentation des problèmes de santé chroniques, lesquels entraînent parfois des limitations chez les personnes qui en sont atteintes. Enfin, une autre hypothèse donne à penser que le système de valeurs au Québec, comme au Canada, évolue vers une plus grande ouverture à l'égard des personnes avec incapacité, ce qui ferait en sorte que celles-ci acceptent davantage de déclarer leurs difficultés ou leurs limitations que par le passé (Camirand, J. et autres, 2001; Statistique Canada, 2007).

La composition de la population avec incapacité étant caractérisée par une part relativement élevée de cas d'incapacité légère, par rapport aux cas d'incapacité modérée ou grave, elle pourrait se refléter sur la mesure d'autres phénomènes documentés dans l'EQLAV, notamment au chapitre des répercussions de l'incapacité sur différentes sphères de la vie de la personne. C'est le cas, par exemple, du besoin d'aide dans les activités de la vie quotidienne ou domestique et de l'utilisation des services de santé, qui augmentent généralement avec la gravité de l'incapacité. Les estimations pour de tels indicateurs pourraient être tantôt plus élevées, tantôt plus faibles que ce qui est attendu (ou habituellement observé dans d'autres enquêtes). Les résultats de l'EQLAV concernant ces indicateurs et d'autres mesures sont détaillés dans les autres chapitres du présent volume.

1. Voir Camirand, J. et autres (2001).
2. Voir Camirand, J. et autres (2010).
3. Par exemple, le mode de collecte diffère entre les deux enquêtes (au téléphone dans l'EQLAV et en face à face dans l'EQLA 1998).
4. Les résultats détaillés de cet examen feront l'objet d'une publication à paraître.
5. Selon l'EQLAV 2010-2011, les prévalences de l'incapacité légère, modérée et grave sont respectivement de 23 %, 7 % et 3,5 % chez la population de 15 ans et plus visée par l'enquête (voir la section 1.3, le tableau 1.4). Dans l'EQLA 1998, ces prévalences étaient estimées à 10 %, 4,2 % et 2,3 %, respectivement.

1.2 Taux selon le type d'incapacité

L'EQLAV permet de documenter 10 types d'incapacité physiques et non physiques chez les personnes de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel (voir l'encadré ci-dessous). Précisons qu'une personne peut avoir plus d'un type d'incapacité.

Types d'incapacité

Audition : Difficulté à entendre ce qui se dit au cours d'une conversation en groupe avec au moins trois autres personnes, au cours d'une conversation avec une autre personne ou au cours d'une conversation téléphonique.

Vision : Difficulté à voir les caractères ordinaires d'un journal ou à voir clairement le visage d'une personne éloignée de quatre mètres.

Parole : Difficulté à parler et à se faire comprendre.

Mobilité : Difficulté à marcher sur une distance de 400 mètres, à monter et à descendre un escalier d'environ 12 marches, à transporter un objet de 5 kilogrammes sur une distance de 10 mètres, à se tenir debout pendant plus de 20 minutes ou à se déplacer d'une pièce à l'autre.

Agilité : Difficulté à se pencher, à se couper les ongles d'orteils, à se servir de ses doigts pour saisir ou manier des objets, à tendre les bras dans n'importe quelle direction, à se mettre au lit ou à en sortir, à s'habiller et à se déshabiller ou à couper sa nourriture.

Apprentissage : Troubles d'apprentissage ou de perception ou difficultés d'attention ou hyperactivité diagnostiqués.

Mémoire : Difficultés de mémoire ou périodes de confusion tous les jours ou presque.

Déficience intellectuelle/trouble envahissant du développement (TED) : Déficience intellectuelle ou trouble envahissant du développement diagnostiqués.

Psychologique : Limitation dans la quantité ou le genre d'activités qu'une personne peut faire en raison de troubles émotifs, psychologiques ou psychiatriques d'une durée de six mois ou plus, comme les phobies, l'anxiété, la dépression, les problèmes d'alcool, de drogue ou de jeu, la schizophrénie et autres.

Indéterminée : Limitation dans la quantité ou le genre d'activités qu'une personne peut faire en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité susmentionné.

Les incapacités liées à l'agilité et à la mobilité sont les plus répandues

Deux types d'incapacité ressortent comme les plus répandus dans la population visée. Ce sont l'incapacité liée à l'agilité et celle liée à la mobilité, qui touchent respectivement 15 % et 13 % des personnes de 15 ans et plus (tableau 1.2).

Certaines incapacités touchent les fonctions sensorielles

En ce qui a trait aux fonctions sensorielles, les données indiquent que 7 % des personnes visées ont une incapacité liée à l'audition, 4,6 % en ont une par rapport à la vision et 1,5 %, une relative à la parole.

Les incapacités liées aux fonctions cognitives et l'incapacité de nature psychologique sont aussi présentes dans la population

Parmi les types d'incapacité non physiques, l'incapacité liée à l'apprentissage (cela comprend les troubles de l'apprentissage, les troubles de la perception, les difficultés d'attention et l'hyperactivité) touche 4,8 % de la population visée. Environ 5 % des personnes ont une incapacité liée à la mémoire (des difficultés de mémoire ou des périodes de confusion tous les jours ou presque). La prévalence de la déficience intellectuelle (ou des troubles envahissants du développement) est pour sa part estimée à 1,0 %.

Également, 4,2 % des personnes présentent une incapacité de nature psychologique, c'est-à-dire qu'elles se disent limitées dans le genre ou la quantité d'activités qu'elles peuvent faire (à la maison, à l'école ou au travail, dans d'autres contextes comme les déplacements, les sports ou les loisirs), en raison de troubles émotifs, psychologiques ou psychiatriques d'une durée de six mois ou plus. Ces troubles comprennent notamment les phobies, l'anxiété, la dépression, les problèmes d'alcool, de drogue ou de jeu et la schizophrénie.

Tableau 1.2
Taux d'incapacité selon le type d'incapacité[1] et le sexe, population de 15 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

	Hommes	Femmes	Ensemble de la population	
	%		%	Pe (k)
Audition	8,3	6,4	7,4	489,0
Vision	3,6	5,5	4,6	304,4
Parole	1,8	1,2	1,5	100,0
Mobilité	9,7	16,5	13,2	874,8
Agilité	13,5	16,9	15,2	1 012,6
Apprentissage	6,1	3,5	4,8	318,7
Mémoire	4,9	5,6	5,3	349,6
Déficience intellectuelle/ TED	1,4	0,6	1,0	66,0
Psychologique	3,6	4,8	4,2	278,0
Indéterminée[3]	3,5	3,7	3,6	237,5

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Dans certains cas, la nature de l'incapacité reste imprécise

Environ 3,6 % des personnes de 15 ans et plus visées mentionnent être limitées dans le genre ou la quantité d'activités qu'elles peuvent faire, en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans par ailleurs présenter un autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

Les hommes et les femmes se distinguent quant à la prévalence des différents types d'incapacité

La prévalence de certains types d'incapacité est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. C'est le cas des incapacités liées à la vision, à la mobilité, à l'agilité et à la mémoire, de même que de l'incapacité de nature psychologique (tableau 1.2). Soulignons également les taux élevés observés chez elles en ce qui concerne les incapacités liées à la mobilité et à l'agilité (17 %, dans les deux cas). Du côté des hommes, la prévalence de l'incapacité est plus élevée lorsque celle-ci est liée à l'audition, à la parole, à l'apprentissage, ou encore lorsqu'il s'agit de déficience intellectuelle (ou de troubles envahissants du développement) [4].

La prévalence augmente avec l'âge pour la plupart des types d'incapacité

La prévalence de l'incapacité augmente avec l'âge pour la plupart des types d'incapacité (tableau 1.3). Une augmentation graduelle d'un groupe d'âge à l'autre est ainsi constatée pour les incapacités liées à l'audition (de 1,9 % chez les personnes de 15 à 24 ans à 40 % chez les 85 ans et plus), à la mobilité (de 3,2 % à 65 %, respectivement) et à l'agilité (de 3,9 % à 62 %, respectivement).

Dans le cas de l'incapacité liée à la mémoire, l'augmentation graduelle est également notée d'un groupe d'âge à l'autre, sauf chez ceux en deçà de 50 ans (elle passe d'un taux de 3,2 % chez les 15-24 ans et les 25-49 ans à 27 % chez les 85 ans et plus). En ce qui concerne la prévalence de l'incapacité liée à la vision, une hausse est observée, sans être significative, entre tous les groupes d'âge. D'environ 3 % chez les personnes de 15 à 49 ans, elle augmente à 6 % dans les groupes de gens âgés entre 50 et 74 ans, puis à 9 % chez les 75-84 ans, pour finalement atteindre 22 % chez ceux ayant franchi le cap des 85 ans. Enfin, une légère augmentation de l'incapacité liée à la parole est notée lorsque l'on compare les personnes âgées de 15 à 64 ans (1,2 %) à leurs aînées (2,7 %). Mentionnons que les personnes âgées de 85 ans et plus affichent la prévalence la plus élevée pour ce type d'incapacité (7 %).

Certaines incapacités sont quant à elles plus répandues chez les jeunes : c'est le cas de l'incapacité liée à l'apprentissage, qui touche environ un jeune de 15 à 24 ans sur huit

La relation selon l'âge est inversée en ce qui concerne l'incapacité liée à l'apprentissage ainsi que la déficience intellectuelle ou les troubles envahissants du développement (TED) (tableau 1.3). Dans ces cas, les prévalences les plus élevées sont observées parmi les personnes de 15 à 24 ans (13 % et 2,5 %, respectivement). Enfin, la prévalence de l'incapacité de nature psychologique ne varie pas significativement selon l'âge d'après les données de l'enquête.

4. Pour plus de détails concernant les écarts selon le sexe au sein des groupes d'âge pour les types d'incapacité, consulter la section 2.2.3 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

Tableau 1.3
Taux d'incapacité selon le type d'incapacité[1] et selon l'âge, population de 15 ans et plus[2], Québec, 2010-2011

	15-64 ans	15-24 ans	25-49 ans	50-64 ans	65 ans et plus	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus
				%				
Audition	**4,9**	1,9	3,3	9,2	**18,5**	13,2	20,6	39,5
Vision	**3,7**	2,3	2,9	5,7	**8,6**	5,5	9,3	22,1
Parole	**1,2**	1,5*	1,0	1,5	**2,7**	1,7*	2,9*	7,0
Mobilité	**8,6**	3,2	5,5	16,4	**34,2**	24,8	40,0	65,1
Agilité	**10,9**	3,9	8,1	19,2	**35,1**	26,6	40,9	62,2
Apprentissage	**5,3**	13,0	4,6	2,2	**2,3**	1,5*	2,5*	5,4
Mémoire	**3,9**	3,2	3,2	5,3	**11,6**	7,0	14,3	27,4
Déficience intellectuelle/TED	**1,1**	2,5	1,0	0,6*	**0,4***	0,3**	0,4**	1,0**
Psychologique	**4,3**	4,0	4,2	4,5	**3,8**	3,3	4,0	5,8
Indéterminée[3]	**3,6**	2,5	3,7	4,2	**3,2**	3,8	2,8*	1,6*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010 2011*.

1.3 Taux selon la gravité de l'incapacité

L'incapacité modérée ou grave touche plus d'une personne sur dix parmi la population visée

D'après l'indice de gravité mesuré dans l'EQLAV[5], la prévalence de l'incapacité légère est de 23 % parmi les personnes de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel; l'incapacité modérée touche environ 7 % des personnes et l'incapacité grave, 3,5 % (tableau 1.4). Selon les données, cela correspond à 1 504 500 personnes dans le premier cas, à 480 400 dans le deuxième et à 230 300 dans le troisième.

Tableau 1.4
Taux d'incapacité selon la gravité de l'incapacité, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	Légère	Modérée	Grave
		%	
Sexe			
Hommes	23,6	5,8	2,9
Femmes	21,6	8,7	4,1
Groupe d'âge			
15-64 ans	**20,7**	**5,3**	**2,0**
15-24 ans	21,2	2,5	0,6**
25-49 ans	18,1	3,8	1,3
50-64 ans	24,7	9,4	3,8
65 ans et plus	**31,2**	**15,8**	**10,3**
65-74 ans	31,2	11,5	5,2
75 ans et plus	31,1	21,3	16,9
75-84 ans	33,4	19,3	11,3
85 ans et plus	24,8	26,8	32,3
Ensemble de la population	**22,6**	**7,2**	**3,5**
Pe (k)	1 504,5	480,4	230,3

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

L'incapacité modérée ou grave est plus répandue chez les femmes que chez les hommes

Le profil d'incapacité des femmes est un peu plus défavorable que celui des hommes quant à l'indice de gravité : en effet, les taux d'incapacité modérée et d'incapacité grave sont supérieurs chez elles (9 % c. 6 % et 4,1 % c. 2,9 %, respectivement) (tableau 1.4). La prévalence de l'incapacité modérée ou grave atteint près de 13 % chez les femmes, comparativement à 9 % chez les hommes. Ces résultats traduisent un possible effet d'âge. Comme les taux d'incapacité modérée et d'incapacité grave sont associés à l'âge et vu la plus grande longévité des femmes, cela peut expliquer qu'elles sont davantage touchées que les hommes par de tels niveaux d'incapacité.

Les taux d'incapacité modérée et d'incapacité grave augmentent d'un groupe d'âge à l'autre

Les taux d'incapacité sont davantage élevés chez les aînés de 65 ans et plus que chez les personnes plus jeunes (15 à 64 ans), quel que soit le niveau de gravité examiné. Une analyse plus détaillée selon l'âge révèle en effet des taux d'incapacité modérée et d'incapacité grave augmentant d'un groupe d'âge à l'autre, pour atteindre respectivement un peu plus d'une personne sur quatre (27 %) et près du tiers (32 %) chez les personnes de 85 ans et plus (tableau 1.4). Par ailleurs, l'incapacité légère touche entre 18 % et 33 % des personnes dans les différents groupes d'âge, certains groupes ne se distinguant pas entre eux sur le plan statistique[6].

1.4 Taux d'incapacité selon la région sociosanitaire

L'EQLAV permet également de présenter des estimations de la prévalence de l'incapacité selon la région sociosanitaire. Au Québec, le taux d'incapacité (taux brut) va de 32 % à 39 %, selon la région (tableau 1.5). Quatre régions présentent chacune un taux d'incapacité supérieur lorsqu'elles sont comparées au reste du Québec (Outaouais, Nord-du-Québec, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Lanaudière). À l'inverse, deux régions affichent un taux inférieur (Montréal, Montérégie).

5. Pour plus de détails sur l'indice de gravité de l'incapacité, voir l'encadré *Indicateurs* utilisés à la page 41.

6. Ainsi, le groupe des 65-74 ans ne se démarque pas de celui des 75-84 ans ni de celui des 75 ans et plus; il en est de même pour le groupe des 50-64 ans par rapport à celui des 85 ans et plus.

Une variation entre les régions est observée également pour chacun des niveaux de gravité de l'incapacité. Par exemple, le taux d'incapacité légère se situe entre 21 % et 26 %, le taux d'incapacité modérée, entre 6 % et 10 % et le taux d'incapacité grave, entre 2,7 % et 6 % (tableau 1.5).

Parmi les régions présentant un taux d'incapacité supérieur à celui du reste du Québec, Lanaudière est la seule à avoir uniquement un taux d'incapacité légère plus élevé (25 %). La région de l'Outaouais affiche pour sa part des taux d'incapacité légère et grave supérieurs à ceux du reste du Québec et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, des taux d'incapacité modérée et grave plus élevés. Par ailleurs, la région de la Capitale-Nationale se démarque avec un taux d'incapacité grave moins élevé qu'ailleurs dans la province.

Des comparaisons régionales de la prévalence de l'incapacité, sans distinction de la gravité, ont été effectuées en ayant recours cette fois à la standardisation. Les taux standardisés présentent l'intérêt de tenir compte des différences dans la structure d'âge et de sexe de la population des régions. Comme il est indiqué au tableau 1.5, on retrouve à peu près le même regroupement des régions concernant le taux d'incapacité standardisé que pour le taux d'incapacité brut, mises à part quelques exceptions. La région qui a un taux d'incapacité standardisé relativement faible par rapport à celui du reste du Québec est la Montérégie (31 %). À l'opposé, les régions dont le taux est significativement plus élevé sont l'Outaouais, le Nord-du-Québec et Lanaudière (entre 36 % et 39 %).

Tableau 1.5
Taux d'incapacité brut selon la gravité de l'incapacité et taux d'incapacité standardisé, selon la région sociosanitaire, population de 15 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	Taux brut				Taux standardisé[2]
	Légère	Modérée	Grave	Total	Total
	%				
Bas-Saint-Laurent	22,9	8,3	4,0	35,1	33,0
Saguenay–Lac-Saint-Jean	23,8	7,4	3,4	34,6	33,3
Capitale-Nationale	24,1	6,4	2,7(–)	33,2	32,7
Mauricie et Centre du Québec	21,7	7,6	4,4	33,7	32,4
Estrie	23,4	7,2	4,2	34,8	34,1
Montréal	21,4	7,0	3,5	32,0 (–)	33,2
Outaouais	25,1(+)	8,3	4,4(+)	37,8 (+)	38,8(+)
Abitibi-Témiscamingue	22,6	8,2	4,1	34,9	34,7
Côte-Nord	23,9	8,1	3,5	35,5	35,6
Nord-du-Québec	25,6	8,2	3,4*	37,2 (+)	38,8(+)
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	23,4	9,5(+)	6,0(+)	39,0 (+)	35,8
Chaudière-Appalaches	23,2	7,1	3,5	33,7	33,0
Laval	21,2	7,0	3,3	31,5	31,7
Lanaudière	25,4(+)	7,9	2,9	36,1 (+)	36,4(+)
Laurentides	23,1	7,7	3,5	34,3	34,6
Montérégie	21,8	6,7	3,0	31,5 (–)	31,5(–)
Ensemble du Québec	**22,6**	**7,2**	**3,5**	**33,3**	**33,3**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

2. Taux standardisé selon l'âge et le sexe (basé sur la population totale du Québec en 2011).

Note : Les signes (+) et (–) indiquent que la proportion de la région correspondante est significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011*.

Annexe A – Tableau complémentaire

Tableau A1.1
Taux d'incapacité selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[1], Québec, 2010-2011

	Hommes		Femmes	
	%	Pe (k)	%	Pe (k)
Groupe d'âge				
15-64 ans	**28,0**	**768,5**	**28,1**	**755,0**
15-24 ans	25,9	132,9	22,5	105,8
25-49 ans	23,3	320,8	23,1	311,4
50-64 ans	36,8	315,0	38,8	337,8
65 ans et plus	**54,2**	**292,0**	**59,5**	**402,8**
65-74 ans	47,5	154,8	48,3	173,3
75 ans et plus	64,7	137,6	72,3	229,8
75-84 ans	60,3	100,4	66,6	148,3
85 ans et plus	80,7	37,2	85,5	81,4
Ensemble de la population	**32,2**	**1 060,5**	**34,3**	**1 157,8**

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Partie 2

CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES AVEC INCAPACITÉ

2 CARACTÉRISTIQUES DE L'INCAPACITÉ

LINDA CAZALE ET CLAIRE FOURNIER

Faits saillants

- Les incapacités liées à l'agilité et à la mobilité s'avèrent les plus répandues dans la population avec incapacité de 15 ans et plus (46 % et 40 %, respectivement).
- Dans la population avec incapacité, on retrouve proportionnellement plus de femmes que d'hommes ayant des incapacités liées à la vision, à la mobilité, à l'agilité ou de nature psychologique. De leur côté, les hommes avec incapacité sont davantage nombreux, en proportion, à présenter une incapacité liée à l'audition, à la parole ou à l'apprentissage, ou encore une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (TED).
- Cinq types d'incapacité sont plus fréquents chez les personnes âgées de 65 ans et plus avec incapacité que chez celles de 15 à 64 ans : audition, vision, mobilité, agilité et mémoire. Fait à noter, les incapacités liées à la mobilité et à l'agilité touchent plus de la moitié des personnes de 65 ans et plus avec incapacité et les trois quarts des 85 ans et plus. La relation selon l'âge est inversée pour l'incapacité liée à l'apprentissage et celle de nature psychologique de même que pour la déficience intellectuelle ou les troubles envahissants du développement (TED). On remarque notamment que ce sont plus de la moitié des 15 à 24 ans qui ont une incapacité liée à l'apprentissage; parmi les 25 à 49 ans, la proportion est d'environ une personne sur cinq.
- Lorsque l'on tient compte de la gravité de l'incapacité, on observe qu'environ le tiers (32 %) des personnes avec incapacité présentent une incapacité modérée ou grave. Les femmes sont plus nombreuses dans cette situation que les hommes (37 % c. 27 %), de même que les aînés comparativement aux personnes de 15 à 64 ans (45 % c. 26 %).
- Plus de quatre personnes avec incapacité sur dix (44 %) ont plus d'un type d'incapacité. Les personnes avec incapacité de 65 ans et plus sont plus nombreuses à cumuler deux incapacités ou plus (58 % c. 38 %, chez les 15 à 64 ans).
- La présence d'un problème de santé, le vieillissement et la présence de douleur sont les causes des difficultés à accomplir certaines activités ou des limitations les plus souvent invoquées par les personnes avec incapacité (49 %, 40 % et 41 %, respectivement).

Dans le chapitre précédent, des données sur la prévalence de l'incapacité, les types d'incapacité et l'indice de gravité de l'incapacité ont été présentées en proportion de l'ensemble de la population québécoise de 15 ans et plus. Le présent chapitre apporte un éclairage complémentaire en décrivant les types d'incapacité et la gravité de l'incapacité au sein de la population de 15 ans et plus avec incapacité. Il fournit aussi d'autres informations sur cette population, soit le nombre d'incapacités et les causes de l'incapacité. Les estimations sont détaillées selon le sexe et l'âge. Rappelons que la population avec incapacité sur laquelle porte l'EQLAV 2010-2011 est la population québécoise vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

Indicateurs utilisés

Type d'incapacité : Proportions de personnes de 15 ans et plus avec incapacité selon les 10 types d'incapacité, soit l'incapacité liée 1) à l'audition, 2) à la vision, 3) à la parole, 4) à la mobilité, 5) à l'agilité, 6) à l'apprentissage, 7) à la mémoire, 8) à la déficience intellectuelle ou à un trouble envahissant du développement, 9) l'incapacité de nature psychologique et 10) l'incapacité de nature indéterminée (pour plus de détails sur la définition des types d'incapacité, voir l'encadré situé au chapitre 1, à la page 44).

Gravité de l'incapacité : Indice de gravité de l'incapacité chez les personnes âgées de 15 ans et plus avec incapacité. Cet indice (ou échelle) permet de distinguer trois niveaux d'incapacité (incapacité légère, incapacité modérée et incapacité grave), en tenant compte de la fréquence et de l'intensité des difficultés et des limitations d'activités chez une personne (pour plus de détails sur la définition de l'indice de gravité, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 1, à la page 41).

Nombre d'incapacités : Nombre d'incapacités chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité (déterminé à partir des questions définissant les types d'incapacité). Par définition, les personnes ayant une incapacité de nature indéterminée ne présentent pas plusieurs types d'incapacité.

Causes de l'incapacité : Proportions de personnes de 15 ans et plus avec incapacité mentionnant la ou les causes des difficultés à accomplir certaines activités (ou limitations). Ces causes sont : 1) une déficience ou une condition présente à la naissance, 2) un problème de santé (ou ses séquelles), 3) le vieillissement, 4) un accident, 5) des conditions liées au travail, 6) un traitement médical (exemple, une chirurgie) ou un médicament, 7) la douleur, 8) l'embonpoint et 9) une autre cause (non précisée). Une personne pouvait mentionner plus d'une cause [Indicateurs construits à partir de la question NG20].

2.1 Types d'incapacité

Les incapacités liées à l'agilité et à la mobilité sont les plus fréquentes; chacune touche environ deux personnes âgées de 15 ans et plus avec incapacité sur cinq

Les incapacités liées à la mobilité et à l'agilité sont les plus répandues chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité. Environ 46 % de ces personnes présentent une incapacité liée à l'agilité et 40 % en ont une par rapport à la mobilité (tableau 2.1). En ce qui concerne les trois types d'incapacité touchant les fonctions sensorielles, les données indiquent que 22 % des personnes ciblées ont une incapacité liée à l'audition, 14 % en ont une par rapport à la vision et 4,5 % une relative à la parole.

Relativement aux types d'incapacité liés aux fonctions cognitives, on constate que 16 % des personnes avec incapacité en ont une liée à la mémoire et 14 % par rapport à l'apprentissage (cela comprend les troubles de l'apprentissage, les troubles de la perception, les difficultés d'attention et l'hyperactivité), tandis que 3,0 % présentent une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement.

Quant à l'incapacité de nature psychologique, celle-ci concerne environ 13 % des personnes de 15 ans et plus avec incapacité. Enfin, environ 11 % des personnes ciblées ont une incapacité de nature indéterminée, c'est-à-dire qu'elles ont une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité.

Tableau 2.1
Proportion de personnes présentant divers types d'incapacité[1] selon le sexe, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Sexes réunis	Hommes	Femmes
	%		
Audition	22,1	25,8	18,8
Vision	13,8	11,3	16,0
Parole	4,5	5,6	3,5
Mobilité	39,7	30,3	48,4
Agilité	46,0	42,1	49,5
Apprentissage	14,5	19,0	10,3
Mémoire	15,8	15,3	16,3
Déficience intellectuelle/ TED	3,0	4,5	1,6
Psychologique	12,7	11,2	14,1
Indéterminée[3]	10,7	10,8	10,7

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Certains types d'incapacité sont plus fréquents dans la population féminine avec incapacité

Dans la population avec incapacité, on retrouve proportionnellement plus de femmes que d'hommes ayant des incapacités liées à la vision, à la mobilité, à l'agilité ou de nature psychologique (tableau 2.1). Soulignons que près de la moitié des femmes avec incapacité présentent des incapacités liées à la mobilité et à l'agilité, (48 % et 50 %, respectivement). De leur côté, les hommes avec incapacité sont plus nombreux, en proportion, à présenter une incapacité liée à l'audition, à la parole ou à l'apprentissage, ou encore une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (TED).

Si plusieurs types d'incapacité sont plus fréquents chez les personnes de 65 ans et plus avec incapacité, certains le sont chez les personnes plus jeunes

La proportion de personnes ayant une incapacité augmente avec l'âge pour cinq des types d'incapacité (tableau 2.2). Une augmentation graduelle d'un groupe d'âge à l'autre est observée pour trois types d'incapacité, soit pour l'audition (de 8 % chez les personnes avec incapacité de 15 à 24 ans à 47 % chez les 85 ans et plus), la mobilité (de 13 % à 78 %, respectivement) et l'agilité (de 16 % à 75 %, respectivement). En ce qui concerne l'incapacité liée à la vision, une légère augmentation est notée lorsque l'on compare les personnes avec incapacité de 15 à 64 ans à leurs aînées (13 % c. 15 %). À cet égard, ce sont les personnes avec incapacité de 85 ans et plus qui affichent la proportion la plus élevée (26 %), les autres groupes d'âge se démarquant peu entre eux.

Dans le cas de l'incapacité liée à la mémoire, on observe que les personnes de 65 ans et plus avec incapacité en sont davantage touchées que celles de 15 à 64 ans (20 % c. 14 %). Un examen plus détaillé selon l'âge indique que la première hausse significative est notée chez les personnes avec incapacité de 75 à 84 ans (23 %), les personnes de 74 ans et moins ne se distinguant pas entre elles sur ce plan (entre 13 % et 15 %, selon le groupe d'âge). Une deuxième augmentation significative est observée entre les deux groupes d'âge les plus avancés, le tiers (33 %) des personnes avec incapacité de 85 ans et plus présentant une incapacité liée à la mémoire.

Les données montrent par ailleurs que certains types d'incapacité sont plus fréquents chez les personnes de 15 à 64 ans. C'est le cas de l'incapacité liée à l'apprentissage et de celle de nature psychologique, qui touchent un peu moins d'une personne sur cinq de ce groupe d'âge (19 % et 15 %, respectivement), alors que les proportions sont nettement inférieures chez les 65 ans et plus (4,1 % et 7 %, respectivement). C'est aussi le cas de la déficience intellectuelle ou des troubles envahissants du développement (TED), qui sont davantage présents chez les personnes appartenant au premier groupe d'âge que chez celles du second groupe (4,0 % c. 0,7 %*). Il en est également ainsi de l'incapacité de nature indéterminée (13 % c. 6 %). L'examen détaillé selon l'âge permet de constater que l'incapacité liée à l'apprentissage est présente chez plus de la moitié (54 %) des jeunes avec incapacité âgés de 15 à 24 ans. Une proportion moindre mais néanmoins relativement élevée (20 %) des individus de 25 à 49 ans est aussi touchée. Ce type d'incapacité est moins fréquent parmi les personnes d'âge plus avancé. Du côté de la déficience intellectuelle ou des troubles envahissants du développement (TED), la proportion la plus élevée de personnes concernées se trouve chez les plus jeunes (une personne âgée de 15 à 24 ans avec incapacité sur dix).

Enfin, l'incapacité liée à la parole touche une proportion similaire de personnes avec incapacité âgées de 15 à 64 ans et d'aînés (4,4 % et 4,7 %). Toutefois, l'analyse détaillée indique que les individus les plus jeunes et les plus âgés sont en proportions plus élevées (6 %* et 8 %) comparativement aux autres groupes d'âge (de 3,7 %* à 4,5 %*, selon le cas).

Tableau 2.2
Proportion de personnes présentant divers types d'incapacité[1] selon l'âge, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	15-64 ans	15-24 ans	25-49 ans	50-64 ans	65 ans et plus	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus
				%				
Audition	17,5	7,9	14,0	24,3	32,5	27,5	32,2	47,2
Vision	13,1	9,3	12,6	15,1	15,1	11,6	14,5	26,4
Parole	4,4	6,4*	4,3	3,9	4,7	3,7*	4,5*	8,3
Mobilité	30,6	13,1	23,8	43,6	60,3	52,0	63,2	78,1
Agilité	38,9	15,9	35,0	51,1	61,8	55,5	64,4	74,5
Apprentissage	19,1	53,6	19,8	5,7	4,1	3,2*	4,0*	6,5
Mémoire	13,8	13,1	13,9	14,0	20,5	14,6	22,6	32,7
Déficience intellectuelle/ TED	4,0	10,5	4,2	1,5*	0,7*	0,6**	0,7**	1,2**
Psychologique	15,4	16,5	18,3	12,1	6,7	6,8	6,3	7,0
Indéterminée[3]	13,0	10,4	15,9	11,2	5,6	7,9	4,4*	1,9*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

2.2 Gravité de l'incapacité

L'incapacité modérée ou grave touche environ le tiers des personnes avec incapacité, les femmes davantage que les hommes

D'après l'indice de gravité mesuré dans l'EQLAV, l'incapacité légère touche un peu plus des deux tiers (68 %) des personnes avec incapacité. C'est donc dire que près d'un tiers de personnes ont une incapacité modérée (22 %) ou grave (10 %) (tableau 2.3).

Le profil d'incapacité est un peu plus défavorable chez les femmes avec incapacité. En effet, tant pour l'incapacité modérée que pour l'incapacité grave, les proportions de personnes concernées sont supérieures chez elles que chez les hommes avec incapacité (25 % c. 18 %, respectivement, dans le cas de l'incapacité modérée, et 12 % c. 9 %, dans le cas de l'incapacité grave). Si l'on considère les niveaux modéré et grave réunis, l'incapacité atteint environ 37 % des femmes avec incapacité, comparativement à 27 % des hommes dans la même situation (tableau 2.3).

Tableau 2.3
Gravité de l'incapacité selon le sexe, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Hommes	Femmes	Sexes réunis
		%	
Légère	73,3	63,0	67,9
Modérée	17,8	25,2	21,7
Grave	8,9	11,8	10,4
Ensemble	**100,0**	**100,0**	**100,0**

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Chez les personnes de 85 ans et plus avec incapacité, près de sept sur dix ont une incapacité modérée ou grave

L'indice de gravité de l'incapacité varie aussi avec l'âge (tableau 2.4). Si l'incapacité légère est plus répandue chez les personnes avec incapacité de 15 à 64 ans (74 % c. 55 %, chez les 65 ans et plus), l'incapacité modérée et l'incapacité grave le sont davantage chez les aînés de 65 ans et plus (28 % c. 19 % et 18 % c. 7 %, respectivement).

Une analyse plus détaillée indique que la part des personnes ayant une incapacité grave augmente graduellement d'un groupe d'âge à l'autre, sauf chez les groupes âgés de 50 à 64 ans et de 65 à 74 ans, qui ne se démarquent pas entre eux sur le plan statistique. Soulignons que l'incapacité est grave pour 38 % des personnes de 85 ans et plus avec incapacité (tableau 2.4)[1].

En ce qui concerne l'incapacité modérée, l'augmentation n'est pas significative entre tous les groupes d'âge. En effet, la proportion observée chez les personnes avec incapacité de 75-84 ans ne diffère pas sur le plan statistique de celle notée chez les personnes de 85 ans et plus (30 % et 32 %, respectivement). De même, environ le quart des personnes avec incapacité se classent à ce niveau de l'indice, tant celles âgées de 50 à 64 ans que celles de 65 à 74 ans. Quant à l'incapacité légère, celle-ci diminue généralement d'un groupe d'âge à l'autre, pour se situer à environ 30 % chez les personnes de 85 ans et plus avec incapacité. Toutefois, comme pour les niveaux modéré et grave, les données relatives à l'incapacité légère ne permettent pas de distinguer le groupe des 50 à 64 ans de celui des 65 à 74 ans.

L'incapacité modérée ou grave est davantage observée en présence de certains types d'incapacité

Outre le sexe et l'âge, la gravité de l'incapacité est associée au type d'incapacité. Les données du tableau 2.5 permettent de comparer la gravité de l'incapacité des personnes qui présentent un type d'incapacité donné à celle des personnes n'ayant pas ce type d'incapacité[2]. Précisons d'abord que l'indice de gravité utilisé dans l'EQLAV n'est pas un indice spécifique à chacun des types d'incapacité mais un indice général qui tient compte à la fois de la fréquence et de l'intensité des incapacités. Par conséquent, les résultats rapportés au tableau 2.5 peuvent refléter tant la gravité d'une incapacité que son occurrence en simultané avec d'autres types d'incapacités ou les deux à la fois.

Tableau 2.4
Gravité de l'incapacité selon l'âge, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	15-64 ans	15-24 ans	25-49 ans	50-64 ans	65 ans et plus	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus
				%				
Légère	74,0	87,4	77,9	65,3	54,5	65,1	52,2	29,6
Modérée	19,0	10,3	16,5	24,7	27,6	24,0	30,1	32,0
Grave	7,0	2,4**	5,6	10,0	17,9	10,8	17,6	38,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

1. Rappelons que la population visée par l'enquête est celle vivant en ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel. Une partie de la population très âgée vit dans un logement collectif institutionnel (par exemple, un CHSLD) et n'est donc pas considérée ici. Cette population est susceptible de présenter des incapacités graves.
2. Ce genre d'analyse compare les personnes ayant un type d'incapacité donné (par exemple une incapacité liée à l'audition) avec les personnes qui ont tout autre type d'incapacité (par exemple, vision). Rappelons qu'une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

Tableau 2.5
Gravité de l'incapacité selon le type d'incapacité[1], population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Légère	Modérée	Grave
		%	
Audition			
Oui	60,1	22,3	17,6
Non	70,3	21,4	8,3
Vision			
Oui	46,3	26,6	27,1
Non	71,4	20,9	7,7
Parole			
Oui	21,0	27,6	51,4
Non	70,4	21,3	8,3
Mobilité			
Oui	32,6	42,1	25,3
Non	91,8	8,0	0,3*
Agilité			
Oui	39,8	38,5	21,7
Non	92,5	7,2	0,3**
Apprentissage			
Oui	69,4	16,6	14,0
Non	68,0	22,5	9,5
Mémoire			
Oui	40,0	30,1	29,9
Non	73,4	20,1	6,6
Déficience intellectuelle/TED			
Oui	37,0	31,1	31,9
Non	69,1	21,3	9,6
Psychologique			
Oui	47,0	29,5	23,4
Non	71,5	20,4	8,0
Indéterminée[3,4]			
Oui	100,0	...	...
Non	64,0	24,3	11,7

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

... N'ayant pas lieu de figurer.

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.
4. Par définition, l'incapacité de type « indéterminée » correspond au niveau léger de l'indice de gravité de l'incapacité.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Les données montrent ainsi qu'environ le quart (25 %) des personnes ayant une incapacité liée à la mobilité présentent une incapacité grave, alors que seulement 0,3 %* de celles qui ne présentent pas ce type d'incapacité se classent à un tel niveau de gravité. Les résultats indiquent également que près du tiers (32 %) des personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement ont une incapacité grave, comparativement à une personne sur dix (10 %) chez celles qui n'ont pas ce type d'incapacité.

Pour sept types d'incapacité, l'incapacité modérée et l'incapacité grave sont plus répandues chez les personnes présentant ce type d'incapacité que chez celles qui ne l'ont pas. C'est le cas des incapacités liées à la vision, à la parole, à la mobilité, à l'agilité et à la mémoire, de la déficience intellectuelle ou des troubles envahissants du développement (TED) et de l'incapacité de nature psychologique. Pour ces sept types d'incapacité, plus de la moitié des personnes présentent une incapacité modérée ou grave. Chez les personnes ayant une incapacité liée à la parole, le niveau grave de l'indice regroupe à lui seul la moitié (51 %) des personnes concernées et le niveau modéré, environ 28 %.

Pour les incapacités liées à l'audition et à l'apprentissage, on remarque que seule l'incapacité grave est plus répandue chez les personnes ayant ce type d'incapacité. Enfin, l'incapacité de nature indéterminée se distingue des autres types : la totalité des personnes ayant une incapacité de cette nature ont une incapacité légère[3], comparativement à 64 % chez celles ayant d'autres types d'incapacité.

Les données du tableau 2.6 montrent une association entre le nombre d'incapacités et l'indice de gravité. Ainsi, la très grande majorité (97 %) des personnes qui n'ont qu'une seule incapacité présentent une incapacité légère, par rapport à environ la moitié (52 %) de celles ayant deux incapacités et à des proportions décroissantes de personnes à mesure que le nombre d'incapacités augmente. Également, si environ 8 % des personnes ayant deux incapacités se situent au niveau grave de l'indice, c'est le cas de 21 % des personnes ayant trois incapacités et de 59 % de celles ayant quatre incapacités ou plus. Cette analyse révèle aussi que la présence de trois incapacités ou plus se combine bien souvent à une incapacité de niveau modéré ou de niveau grave.

Tableau 2.6
Gravité de l'incapacité selon le nombre d'incapacités[1], population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Une incapacité	Deux incapacités	Trois incapacités	Quatre incapacités ou plus
			%	
Légère	96,9	51,7	22,3	1,6**
Modérée	x	40,3	56,6	39,5
Grave	x	8,0	21,1	59,0

x Donnée confidentielle.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

3. Par définition, l'incapacité de nature indéterminée correspond au niveau léger de l'indice de gravité. En effet, chez les personnes ayant ce type d'incapacité, le score total à l'échelle ne peut excéder trois points, ce qui les situe à ce niveau de l'indice. Pour plus de détails, voir C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

2.3 Nombre d'incapacités

Plus de la moitié des personnes avec incapacité vivent avec un seul type d'incapacité

Les différents types d'incapacité n'étant pas exclusifs, une personne peut présenter un ou plusieurs types d'incapacité[4]. Au sein de la population avec incapacité, plus de la moitié (56 %) des personnes ont un seul type d'incapacité, le quart (25 %) en ont deux, 11 % en ont trois et 8 % en ont quatre ou plus (tableau 2.7).

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à présenter un seul type d'incapacité (60 % c. 53 %, femmes), tandis que les femmes sont plus nombreuses à cumuler deux ou trois incapacités (26 % c. 23 %, hommes et 12 % c. 9 %, hommes, respectivement). Il n'y a pas de différence selon le sexe quant au fait de présenter quatre incapacités ou plus (données non présentées selon le sexe).

Les personnes avec incapacité de 65 ans et plus sont plus nombreuses à présenter deux incapacités ou plus. Environ la moitié des aînés avec incapacité de 85 ans et plus ont trois incapacités ou plus

Le nombre d'incapacités varie également selon l'âge (tableau 2.7). Si la proportion de personnes présentant un seul type d'incapacité est similaire chez celles de 15 à 24 ans et celles de 25 à 49 ans (71 % et 66 %), elle diminue par la suite d'un groupe d'âge à l'autre, pour se situer à 21 % chez les personnes de 85 ans et plus. En ce qui concerne la part des personnes touchées par le cumul de deux incapacités, celle-ci augmente graduellement d'un groupe d'âge à l'autre, pour atteindre 31 % chez les 65 ans et plus. À partir de 65 ans, les personnes avec incapacité ne se distinguent pas entre elles (entre 28 % et 33 %, selon le groupe d'âge).

Le fait d'avoir trois incapacités ou encore quatre incapacités ou plus est plus répandu chez les aînés de 65 ans et plus avec incapacité que chez les personnes de 15 à 64 ans (16 % c. 8 % et 11 % c. 7 %, respectivement) (tableau 2.7). Dans ces deux cas, le groupe des 85 ans et plus se démarque avec la plus forte proportion de personnes concernées par cette situation (24 % et 26 %, respectivement).

Le cumul de trois incapacités ou plus est plus fréquent en présence de certains types d'incapacité

Tableau 2.7
Nombre d'incapacités[1] selon l'âge, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	15-64 ans	15-24 ans	25-49 ans	50-64 ans	65 ans et plus	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	Ensemble
					%				
Une incapacité	62,3	70,5	66,4	55,3	41,6	50,1	38,5	21,3	56,2
Deux incapacités	22,1	16,4	20,6	25,8	31,1	31,1	32,6	27,9	24,8
Trois incapacités	8,4	6,9*	6,6	10,7	16,1	12,7	17,2	24,3	10,7
Quatre incapacités et plus	7,1	6,2*	6,4	8,2	11,2	6,2	11,7	26,4	8,4

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Cette variable présente un taux de non réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

4. Cette variable (nombre d'incapacités) présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

Le tableau 2.8 permet de constater que le nombre d'incapacités varie selon le type d'incapacité. Par exemple, chez les personnes ayant une incapacité auditive, un peu plus de quatre sur dix (42 %) ne présentent que ce type d'incapacité, tandis qu'environ six sur dix en présentent soit deux (20 %), trois (19 %) ou quatre ou plus (19 %).

Les personnes qui ont une incapacité liée à la mobilité ou à l'agilité ont un profil relativement similaire : près de quatre sur dix d'entre elles présentent deux incapacités (42 % et 38 %, respectivement), tandis qu'environ une sur cinq en présente trois ou quatre ou plus (22 % et 19 % et 19 % et 17 %, respectivement).

Tableau 2.8
Nombre d'incapacités[1] selon le type d'incapacité[2,3], population de 15 ans et plus[4] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Une incapacité	Deux incapacités	Trois incapacités	Quatre incapacités ou plus
			%	
Audition				
Oui	41,8	20,3	18,6	19,3
Non	60,2	26,1	8,5	5,3
Vision				
Oui	29,3	19,4	21,1	30,3
Non	60,4	25,7	9,0	4,9
Parole				
Oui	4,1**	14,5*	14,2*	67,3
Non	58,2	25,2	10,5	6,0
Mobilité				
Oui	17,7	41,9	21,6	18,9
Non	80,3	14,1	3,8	1,8
Agilité				
Oui	25,6	38,5	19,4	16,5
Non	81,2	13,6	3,5	1,7*
Apprentissage				
Oui	49,2	17,6	11,3	22,0
Non	57,3	26,0	10,6	6,1
Mémoire				
Oui	18,2	20,9	22,2	38,8
Non	62,5	25,5	8,8	3,3
Déficience intellectuelle/ TED				
Oui	5,8**	22,5*	19,8*	51,9
Non	57,6	24,9	10,4	7,1
Psychologique				
Oui	28,8	20,2	17,9	33,0
Non	60,0	25,5	9,7	4,9

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

2. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

3. Par définition, les personnes qui ont une incapacité de nature indéterminée ne présentant pas plusieurs types d'incapacité, les résultats pour ce type d'incapacité ne figurent pas dans ce tableau.

4. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Soulignons que près des deux tiers (67%) des personnes ayant une incapacité liée à la parole présentent quatre incapacités ou plus, comparativement à 6% de celles n'ayant pas ce type d'incapacité. Les données montrent également que pour cinq types d'incapacité (vision, parole, mémoire, déficience intellectuelle ou trouble envahissant du développement (TED) et incapacité de nature psychologique), plus de la moitié des personnes ayant ce type d'incapacité cumulent trois incapacités, voire quatre incapacités ou plus, tandis que les autres personnes sont moins nombreuses dans cette situation.

2.4 Causes de l'incapacité

La présence d'un problème de santé, le vieillissement et la douleur sont les causes les plus souvent invoquées par les personnes avec incapacité pour expliquer leurs difficultés à accomplir certaines activités ou leurs limitations

L'EQLAV 2010-2011 fournit également des renseignements sur les causes des difficultés (ou limitations) à accomplir certaines activités chez les personnes avec incapacité[5,6,7]. Ces causes ne sont pas mutuellement exclusives, ce qui signifie qu'une même personne peut en rapporter plus d'une. Les données indiquent que près de la moitié (49%) des personnes avec incapacité attribuent leurs difficultés à un problème de santé (ou ses séquelles) (tableau 2.9). Environ 40% des personnes considèrent que le vieillissement est en cause, et une proportion similaire (41%) mentionnent la présence de douleur. Les conditions liées au travail et la survenue d'un accident ont chacune été rapportée par près d'une personne avec incapacité sur cinq (22% et 20%, respectivement) et l'embonpoint a été déclaré par 16% d'entre elles. Les autres causes sont invoquées dans de plus faibles proportions par les personnes avec incapacité (9%, déficience ou condition présente à la naissance; 12% traitement médical ou médicament et 11%, autres causes).

Les femmes avec incapacité se distinguent des hommes quant aux causes de leurs difficultés à accomplir certaines activités ou de leurs limitations (tableau 2.9). Elles sont plus nombreuses qu'eux, en proportion, à mentionner un problème de santé (53% c. 45%), le vieillissement (43% c. 36%), la douleur (45% c. 36%) et les « autres » causes d'incapacité (13% c. 10%). Une déficience ou une condition présente à la naissance, un accident et les conditions liées au travail sont, à l'inverse, rapportés en plus forte proportion par les hommes que par les femmes (respectivement 11% c. 8%, 23% c. 18% et 30% c. 15%).

Des différences selon l'âge existent aussi pour certaines causes d'incapacité. Comme on peut s'y attendre, les personnes avec incapacité âgées de 65 ans et plus sont plus nombreuses, en proportion, que celles de 15 à 64 ans à invoquer la présence d'un problème de santé et le vieillissement (55% c. 47% et 66% c. 27%, respectivement). Autrement, ce sont les personnes avec incapacité de 15 à 64 ans qui mentionnent dans une proportion plus élevée que leurs aînées la présence d'une déficience ou d'une condition présente à la naissance, un accident, les conditions liées au travail, la douleur et l'embonpoint comme causes des difficultés à accomplir certaines activités ou des limitations. Il est à noter que la douleur et la présence d'un problème de santé sont les causes les plus fréquemment invoquées dans ce groupe d'âge (plus de deux personnes sur cinq).

Il est d'intérêt d'examiner plus particulièrement le cas des personnes dont l'incapacité est de nature indéterminée, qui comptent pour environ 11% des personnes avec incapacité. En guise de rappel, précisons que ces personnes ont une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité. L'examen des causes de leur incapacité fournit un complément d'information permettant de mieux décrire leur situation.

---

5. Dans l'EQLAV, la question sur les causes de l'incapacité (NG20) s'adressait à toutes les personnes avec incapacité, sauf celles ayant exclusivement soit une incapacité liée à l'apprentissage, soit une déficience intellectuelle (ou un trouble envahissant du développement), soit ces deux types d'incapacité à la fois, sans autre type d'incapacité. Ces personnes représentent moins de 7% de la population avec incapacité.
6. Ces variables présentent un taux de non-réponse partielle supérieur à 5%. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
7. Mentionnons que deux de ces causes sont documentées spécifiquement pour une première fois dans une enquête populationnelle au Québec, soit le traitement médical (ou un médicament) et l'embonpoint.

Les données indiquent ainsi que la moitié des personnes (50 %) ayant une incapacité de nature indéterminée mentionnent que leurs difficultés à accomplir certaines activités ou leurs limitations sont liées à un problème de santé. À cet égard, ces individus ne se distinguent pas des autres personnes avec incapacité. Cependant, ils sont plus nombreux que ceux ayant un autre type d'incapacité à rapporter la présence de douleur et la survenue d'un accident (46 % c. 40 % et 29 % c. 20 %, respectivement). Le vieillissement et les conditions liées au travail sont invoqués dans de plus faibles proportions par les personnes ayant une incapacité de nature indéterminée, comparativement aux autres personnes avec incapacité (19 % c. 42 % et 18 % c. 22 %, respectivement) (données non présentées selon le type d'incapacité).

Tableau 2.9
Causes de l'incapacité[1,2] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[3] avec incapacité[4], Québec, 2010-2011

	Sexe		Groupe d'âge		Ensemble
	Hommes	Femmes	15-64 ans	65 ans et plus	
			%		
Déficience ou condition présente à la naissance	10,7	8,0	12,2	3,4	9,2
Problème de santé (ou ses séquelles)	44,7	53,3	46,5	54,7	49,3
Vieillissement	36,3	43,1	26,7	65,8	39,9
Accident	23,4	17,9	23,1	15,3	20,5
Conditions liées au travail	29,7	15,1	25,8	14,1	21,9
Traitement médical ou un médicament[a]	11,6	12,0	11,4	12,6	11,8
Douleur (par ex. douleur liée à une blessure sportive)	36,2	44,8	42,0	38,5	40,8
Embonpoint[b]	14,9	16,4	18,6	10,0	15,7
Autres causes (non précisée)[c]	9,6	12,8	10,8	12,3	11,3

1. Ces variables présentent un taux de non réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
2. Une personne peut mentionner plus d'une cause d'incapacité.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
4. Sont exclues de ce tableau les personnes ayant exclusivement soit une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (TED), soit une incapacité liée à l'apprentissage, ou ces deux types d'incapacité à la fois, sans autre type d'incapacité. Ces personnes représentent moins de 1 % de la population avec incapacité.

a. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et les variables « sexe » et « âge » sont non significatifs au seuil de 5 %.

b. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

c. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « âge » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

3 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET ÉCONOMIQUES

GAÉTANE DUBÉ

Faits saillants

- En proportion, la population avec incapacité compte plus de femmes (52 % c. 50 %) et de personnes âgées de 65 ans et plus (31 % c. 12 %) que la population sans incapacité.
- La proportion de personnes qui vivent seules est plus élevée dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité (23 % c. 14 %). Les femmes (26 %), les personnes âgées de 65 ans et plus (36 %) de même que les personnes ayant une incapacité modérée (28 %) ou grave (34 %) sont davantage concernées par cette condition de vie.
- La proportion de personnes sans emploi est plus élevée dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité.
- La proportion de personnes qui ne possèdent aucun diplôme scolaire est plus élevée dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité. Les personnes ayant une incapacité modérée ou grave sont plus particulièrement touchées par cette condition que celles présentant une incapacité légère.
- Le quart (25 %) des personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité appartiennent à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu. À titre comparatif, 14 % de la population sans incapacité doit composer avec une situation financière aussi défavorable. Les femmes (28 %), les personnes âgées de 65 ans et plus (35 %) et les personnes ayant une incapacité modérée (32 %) ou grave (46 %) se trouvent plus fréquemment dans une telle condition de vie.
- D'après l'indice de défavorisation, proportionnellement plus de personnes avec incapacité que de personnes sans incapacité résident dans un milieu très défavorisé sur le plan matériel ou sur le plan social. C'est notamment le cas d'une personne sur quatre ayant une incapacité modérée ou grave.

Dans le présent chapitre, la description de la population québécoise âgée de 15 ans et plus ayant une incapacité vivant en 2010-2011 dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel[1] se poursuit, cette fois sous l'angle des caractéristiques sociodémographiques et économiques. Ce chapitre vise notamment à faire ressortir les différences à cet égard entre les populations avec et sans incapacité. Le portrait sociodémographique est dressé à partir de caractéristiques comme le sexe, l'âge, le statut d'immigration, la composition du ménage et, plus spécifiquement, le fait de vivre seul. Le portrait socioéconomique est quant à lui établi à l'aide de caractéristiques comme l'occupation principale, le niveau de scolarité, le niveau de revenu du ménage, le classement aux indices de défavorisation matérielle et sociale et la zone de résidence.

Il est à noter que plusieurs indicateurs de l'EQLAV abordés dans les autres chapitres sont analysés en fonction de certaines caractéristiques détaillées dans ce chapitre. Il s'agit du sexe, de l'âge, du statut d'immigration, du fait de vivre seul, du niveau de scolarité et du niveau de revenu du ménage.

1. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

Indicateurs utilisés

Statut d'immigration : Indicateur sociodémographique défini à partir du lieu de naissance des personnes et de la durée de résidence au Canada pour les personnes nées à l'étranger. Il comporte trois catégories : Canadien de naissance, immigrant récent (arrivé au Canada depuis moins de 5 ans), immigrant de longue date (arrivé au Canada depuis 5 ans et plus) [Indicateur construit à partir des questions Q116 et Q117 de l'EQES].

Composition du ménage : Indicateur sociodémographique permettant de caractériser le type de situation correspondant au logement de la personne en tenant compte de tous les membres du ménage. Un ménage est constitué d'une personne ou d'un groupe de personnes occupant un même logement, qu'il soit privé ou collectif non institutionnel, cet ensemble inclut notamment les personnes qui habitent dans une résidence privée pour aînés. L'indicateur comporte cinq catégories : personne vivant seule, couple sans enfant, couple avec enfant(s) (de tous les âges), famille monoparentale, autre. Cette dernière catégorie inclut principalement les ménages composés de personnes apparentées par des liens autres que conjugal ou filial (par exemple, un frère et une sœur) ou de personnes non apparentées (par exemple, des colocataires) [Indicateur établi à partir de la question Q122 de l'EQES].

Fait de vivre seul : Fait d'appartenir ou non à un ménage composé d'une seule personne [Indicateur établi à partir de la question Q122 de l'EQES].

Occupation principale : Occupation principale au moment de l'enquête. Cet indicateur socioéconomique comprend quatre catégories : en emploi, étudiant, sans emploi, retraité. Les personnes « en emploi » incluent les personnes occupant un emploi à temps plein ou partiel ainsi que celles en congé (maladie, maternité ou paternité, etc.). Les personnes « sans emploi » incluent les personnes qui reçoivent des prestations (assurance-emploi, aide sociale) et celles qui restent à la maison [Indicateur établi à partir de la question Q126 de l'EQES].

Niveau de scolarité : Plus haut niveau de scolarité que les personnes ont complété. Cet indicateur socioéconomique comporte quatre catégories : sans diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, diplôme d'études collégiales, diplôme d'études universitaires. La catégorie « diplôme d'études collégiales » comprend les personnes qui détiennent un diplôme ou un certificat d'études d'un cégep, d'une école de métiers, d'une école de formation professionnelle ou d'un collège commercial [Indicateur établi à partir de la question Q119 de l'EQES].

Niveau de revenu du ménage : Indicateur basé sur les seuils de faible revenu qui sont des limites de revenu en deçà duquel une famille est susceptible de consacrer une part plus importante de son revenu à l'achat de nécessités (nourriture, logement et habillement) qu'une famille moyenne. Les seuils varient selon sept tailles de famille et cinq tailles de communauté de résidence différentes. Cette différence additionnelle vise à tenir compte de la variation du coût de la vie parmi les communautés de tailles différentes. Ces seuils sont établis par Statistique Canada[1]. Les deux catégories de cet indicateur sont : membre d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu[2] et membre d'un ménage vivant au-dessus du seuil de faible revenu. [Indicateur construit à partir des questions Q120A, Q120B, Q121 de l'EQES et du code postal[3]].

---

1. Pour plus de détails sur le seuil de faible revenu avant impôt, il est possible de consulter le document *Les lignes de faible revenu, 2010-2011*. [En ligne]. [http://www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/75f0002m2012002-fra.htm].
2. Revenu égal ou inférieur au seuil de faible revenu.
3. Pour plus de détails, voir M.-È. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi (2013).

Indice de défavorisation : Indice[4] distinguant deux formes de défavorisation dans la population âgée de 15 ans et plus : l'une est matérielle, l'autre est sociale. L'indice regroupe certains indicateurs du recensement choisis pour leurs relations connues avec un grand nombre de problèmes de santé, leurs liens avec les formes matérielle et sociale de la défavorisation et leur disponibilité par aire de diffusion. Ainsi, pour la dimension matérielle, les indicateurs calculés sur la base des unités territoriales (aires de diffusion) sont les suivants : la proportion de population sans certificat ou diplôme d'études secondaires, le ratio emploi/population et le revenu moyen. Cette dimension traduit principalement les variations dans la scolarité, l'emploi et le revenu. Pour la dimension sociale, les indicateurs sont : la proportion de la population vivant seule, la proportion des personnes séparées, divorcées ou veuves et la proportion de familles monoparentales. Cette dimension traduit les variations de la structure du ménage ou de la famille et de l'état matrimonial. La population est répartie en quintiles allant du plus favorisé (quintile 1) au moins favorisé (quintile 5) [Indice construit à partir du code postal[5]].

Zone de résidence : Zone géographique attribuée à la personne et déterminée à partir des données du recensement de 2006 (à partir du code postal). Cet indicateur sociodémographique se divise en trois catégories : zone urbaine (> 100 000 habitants), zone semi-urbaine (entre 10 000 et 100 000 habitants; zone rurale (< 10 000 habitants).

4. Pour plus de détails sur l'indice de défavorisation, voir R. Pampalon, D. Hamel et P. Gamache (2009) ainsi que M.-È. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi (2013).

5. De l'imputation est nécessaire pour construire cette variable puisque l'assignation d'une aire de diffusion à partir du code postal n'est pas toujours unique. Une telle situation se produit pour environ 24 % de la population visée. Pour plus de détails, voir M.-È. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi (2013).

3.1 Caractéristiques sociodémographiques

3.1.1 Répartition des populations avec et sans incapacité selon le sexe et l'âge

En proportion, la population de 15 ans et plus avec incapacité compte plus de femmes et de personnes âgées de 65 ans et plus que la population sans incapacité

En 2010-2011, environ 52 % de la population québécoise de 15 ans et plus ayant une incapacité est de sexe féminin; à titre comparatif, la proportion de femmes dans la population sans incapacité est de 50 % (tableau 3.1). Les hommes représentent pour leur part 48 % de la population québécoise de 15 ans et plus avec incapacité, tandis que celle sans incapacité en compte 50 %.

Tableau 3.1
Répartition selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus[1] avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Sexe		
Hommes	47,9	50,2
Femmes	52,1	49,8
Groupe d'âge		
15-64 ans	**68,9**	**88,4**
15-24 ans	10,8	16,8
25-49 ans	28,6	47,3
50-64 ans	29,5	24,2
65 ans et plus	**31,1**	**11,6**
65-74 ans	14,8	8,0
75-84 ans	11,0	3,1
85 ans et plus	5,3	0,5
Ensemble de la population	**33,3**	**66,7**

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Les variations selon l'âge révèlent un écart important entre les deux populations (tableau 3.1). Ainsi, dans la population avec incapacité, 31 % des personnes sont âgées de 65 ans et plus, tandis que la majorité (69 %) ont entre 15 et 64 ans. À titre comparatif, seulement 12 % des personnes sans incapacité sont âgées de 65 ans et plus, alors que 88 % ont de 15 à 64 ans. On remarque également que la population avec incapacité présente des proportions moindres de personnes âgées de 15 à 24 ans (11 % c. 17 %) et d'individus de 25 à 49 ans (29 % c. 47 %) que la population sans incapacité. La situation inverse est observée dans les groupes d'âge au-delà de 50 ans : quel que soit le groupe d'âge examiné, la population avec incapacité regroupe en effet un plus grand nombre de personnes, en proportion, que la population sans incapacité.

3.1.2 Statut d'immigration

La proportion de personnes immigrantes dans la population avec incapacité est moins élevée que dans la population sans incapacité

La population avec incapacité regroupe une proportion plus élevée de personnes nées au Canada que la population sans incapacité. Toutes proportions gardées, elle compte également moins d'immigrants récents et d'immigrants de longue date que la population sans incapacité (tableau 3.2). Ainsi, parmi les personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité, 88 % sont nées au Canada, 1,0 % sont installées au pays depuis moins de cinq ans et 11 % y sont depuis plus de cinq ans, alors que chez les personnes sans incapacité, 84 % sont des Canadiens de naissance, 3,1 % sont des immigrants récents et 13 % sont des immigrants de longue date. Pour chacune de ces catégories, on détecte des écarts statistiquement significatifs entre les populations avec et sans incapacité chez les hommes. Chez les femmes, les populations se distinguent uniquement en ce qui a trait au fait d'être Canadiennes de naissance ou immigrantes récentes. Le groupe des personnes âgées de 15 à 64 ans présente le même profil de résultats que chez l'ensemble des 15 ans et plus. Chez les 65 ans et plus, l'enquête ne décèle pas d'écart entre les populations avec et sans incapacité.

Tableau 3.2
Statut d'immigration selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus[1] avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011

	Canadien de naissance	Immigrant récent (moins de 5 ans)	Immigrant de longue date (5 ans ou plus)
		%	
Sexe			
Hommes			
Avec incapacité	88,7	0,7*	10,6
Sans incapacité	83,3	3,2	13,5
Femmes			
Avec incapacité	87,8	1,4*	10,8
Sans incapacité	85,0	2,9	12,1
Groupe d'âge			
15-64 ans			
Avec incapacité	88,8	1,4	9,8
Sans incapacité	83,8	3,4	12,8
65 ans et plus[a]			
Avec incapacité	86,9	0,2**	12,9
Sans incapacité	87,1	x	12,7
Ensemble			
Avec incapacité	88,2	1,0	10,7
Sans incapacité	84,2	3,1	12,8

x Donnée confidentielle.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Chez les personnes de 65 ans et plus, le test global du Khi-deux entre la variable « statut d'immigration » et la variable « incapacité » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

3.1.3 Composition du ménage

Toutes proportions gardées, la population de 15 ans et plus avec incapacité regroupe plus de personnes vivant seules que la population sans incapacité. Près d'une personne sur quatre avec incapacité vit seule, les femmes et les personnes âgées de 65 ans et plus se retrouvant davantage dans cette condition

En ce qui concerne la composition du ménage, on note que près d'une personne avec incapacité sur quatre (23 %) vit seule (soit environ 498 600 personnes), comparativement à une sur sept (14 %) dans la population sans incapacité (tableau 3.3). Cet écart entre les populations est observé tant chez les hommes (19 % c. 13 %) que chez les femmes (26 % c. 14 %).

Un écart entre les populations avec et sans incapacité par rapport aux personnes vivant seules est aussi observé chez les personnes âgées de 15 à 64 ans (16 % c. 12 %), tout comme chez celles de 65 ans et plus (36 % c. 28 %). Les variations selon l'âge révèlent que trois groupes sont plus particulièrement touchés par cette situation : il s'agit des personnes âgées de 25 à 49 ans (15 %, avec incapacité c. 11 %, sans incapacité), de 50 à 64 ans (22 %, avec incapacité c. 17 %, sans incapacité) et de 65 à 74 ans (29 %, avec incapacité c. 24 %, sans incapacité) (données non présentées). Environ 39 % des personnes avec incapacité de 75 à 84 ans et plus vivent seules; cette proportion grimpe à 52 % chez celles avec incapacité âgées de 85 ans et plus. Les données indiquent toutefois que des proportions relativement semblables de la population sans incapacité ayant ces âges sont

Tableau 3.3
Composition du ménage selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus[1] avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011

	Personne vivant seule	Couple sans enfant	Couple avec enfant(s)	Famille monoparentale	Autre[2]
	%				
Sexe					
Hommes					
Avec incapacité	18,8	35,6	29,1	5,8	10,7
Sans incapacité	13,1	28,6	43,3	5,9	9,1
Femmes					
Avec incapacité	25,9	29,9	23,6	9,4	11,2
Sans incapacité	13,9	27,6	40,7	9,3	8,4
Groupe d'âge					
15-64 ans					
Avec incapacité	16,3	26,6	36,3	9,5	11,4
Sans incapacité	11,6	24,0	46,9	8,3	9,2
65 ans et plus					
Avec incapacité	36,4	46,0	4,0	3,7	9,9
Sans incapacité	28,3	58,7	4,8	2,4	5,8
Ensemble					
Avec incapacité	22,5	32,6	26,3	7,7	10,9
Sans incapacité	13,5	28,1	42,0	7,6	8,8

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

2. La catégorie « autre » comprend les ménages composés de personnes apparentées par des liens autres que conjugaux ou filiaux (par exemple, un frère et une sœur) ou de personnes non apparentées (par exemple, des colocataires).

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

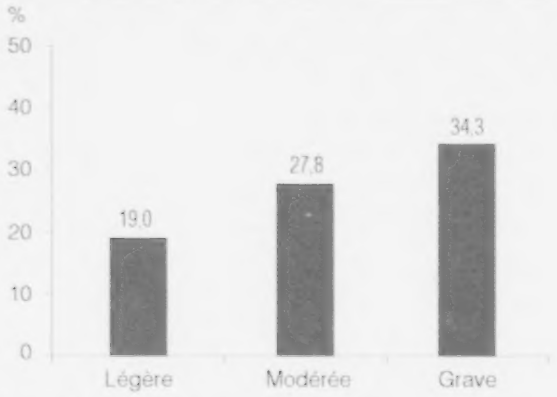
dans cette même condition. Les écarts observés entre les populations avec et sans incapacité sont en partie attribuables à l'âge des personnes qui les composent, puisque la population avec incapacité regroupe davantage de personnes de 65 ans et plus que celle sans incapacité.

En ce qui concerne les autres catégories décrivant la composition du ménage, on remarque que le tiers des personnes avec incapacité vivent dans un ménage formé d'un couple où aucun enfant n'est présent (33 % c. 28 % dans la population sans incapacité) et un peu plus du quart vivent dans un ménage composé d'un couple où il y a un ou plusieurs enfants (26 % c. 42 % dans la population sans incapacité) (tableau 3.3). Ces écarts entre les populations avec et sans incapacité en ce qui concerne les couples sont aussi observés tant chez les hommes que chez les femmes, de même que chez les personnes âgées de 15 à 64 ans. On remarque également qu'une proportion légèrement plus élevée de personnes avec incapacité que sans incapacité âgées de 15 à 64 ans vivent au sein d'une famille monoparentale (9 % c. 8 %). Enfin, une personne avec incapacité sur dix vit dans un ménage d'un autre type (11 % c. 9 % dans la population sans incapacité), et cela, quel que soit son sexe ou son âge.

> Plus du quart des personnes ayant une incapacité modérée vivent seules; chez les personnes dont l'incapacité est grave, c'est environ le tiers

Lorsque l'on considère la gravité de l'incapacité[2], on constate que la proportion de personnes vivant seules augmente en fonction de celle-ci (figure 3.1)[3]. Plus spécifiquement, 19 % des personnes ayant une incapacité légère vivent seules; cette proportion grimpe à 28 % chez celles ayant une incapacité modérée, puis à 34 % chez celles ayant une incapacité grave.

Figure 3.1
Proportion de personnes vivant seules selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

3.2 Caractéristiques socioéconomiques

3.2.1 Occupation principale

> Dans la population avec incapacité, on compte moins de personnes en emploi et plus de personnes sans emploi que dans celle sans incapacité, toutes proportions gardées

En ce qui a trait à l'occupation principale, on observe que près de la moitié (45 %) des personnes avec incapacité ont un emploi, 8 % sont étudiantes, 12 % sont sans emploi et plus du tiers (34 %) sont retraitées (tableau 3.4). Un profil différent est observé pour la population sans incapacité, laquelle compte, en proportion, plus de personnes ayant un emploi (65 %) et d'étudiants (14 %) et moins de personnes sans emploi (6 %) ou à la retraite (15 %)[4].

2. Pour plus de détails sur cet indicateur, voir l'encadré du chapitre 1, p. 41.

3. Cette distribution est en partie déterminée par l'âge puisque chez les personnes avec incapacité, celles vivant seules sont en plus grande proportion âgées de 65 ans et plus, quel que soit le niveau de gravité de l'incapacité, ce groupe d'âge est plus touché que celui des 15 à 64 ans. Pour plus de détails sur le taux d'incapacité dans la population visée ou la distribution de la population visée selon la gravité de l'incapacité, voir le chapitre 1.

4. Ces différences résultent en partie d'un effet d'âge puisque la population avec incapacité est, en général, plus âgée que celle sans incapacité.

Tableau 3.4
Occupation principale selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus[1] avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011

	En emploi	Étudiants	Sans emploi	Retraités
		%		
Sexe				
Hommes				
Avec incapacité	50,3	9,3	8,8	31,6
Sans incapacité	68,9	13,7	3,6	13,8
Femmes				
Avec incapacité	40,9	7,7	14,4	37,1
Sans incapacité	61,5	13,9	8,8	15,8
Groupe d'âge				
15-64 ans				
Avec incapacité	63,5	12,3	14,4	9,8
Sans incapacité	72,4	15,6	6,3	5,6
65 ans et plus				
Avec incapacité	5,4	x	x	88,6
Sans incapacité	10,6	x	x	84,0
Ensemble				
Avec incapacité	45,4	8,5	11,7	34,4
Sans incapacité	65,2	13,8	6,2	14,8

x Donnée confidentielle.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Ces différences statistiquement significatives entre les personnes avec incapacité et celles sans incapacité quant à l'occupation principale se retrouvent autant chez les hommes que chez les femmes (tableau 3.4). On observe les mêmes écarts entre les populations avec et sans incapacité dans le groupe âgé de 15 à 64 ans. Plus précisément, la proportion de personnes avec incapacité sans emploi dans ce groupe d'âge est supérieure à celle des personnes sans incapacité du même âge (14 % c. 6 %), tandis que les personnes avec incapacité ayant un emploi sont moins nombreuses, en proportion, que les personnes sans incapacité du même âge (64 % c. 72 %). Le groupe des 65 ans et plus avec incapacité est en majeure partie composé de gens retraités (89 %), cette proportion y est plus élevée que chez les personnes sans incapacité (84 %). Dans ce même groupe d'âge, la part des détenteurs d'emploi est plus faible chez les personnes avec incapacité que chez celles sans incapacité (5 % c. 11 %).

3.2.2 Niveau de scolarité

Les personnes avec incapacité sont moins scolarisées que celles sans incapacité

Le tableau 3.5 montre le plus haut niveau de scolarité complété par les personnes âgées de 15 ans et plus dans les populations avec et sans incapacité. L'enquête montre que 34 % des personnes ayant une incapacité ne possèdent aucun diplôme d'études secondaires, comparativement à 17 % des personnes n'ayant aucune incapacité. La population avec incapacité affiche également de plus faibles proportions de personnes détenant un diplôme d'études collégiales (23 % c. 30 %) ou universitaires (21 % c. 30 %) que la population sans incapacité.

Tableau 3.5
Niveau de scolarité[1] selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus[2] avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011

	Sans diplôme d'études secondaires	Diplôme d'études secondaires	Diplôme d'études collégiales	Diplôme d'études universitaires
	%			
Sexe				
Hommes				
Avec incapacité	34,8	22,2	22,4	20,6
Sans incapacité	18,3	23,6	28,9	29,2
Femmes				
Avec incapacité	33,8	21,4	24,2	20,6
Sans incapacité	16,4	20,8	31,2	31,6
Groupe d'âge				
15-64 ans				
Avec incapacité	24,3	24,6	28,3	22,7
Sans incapacité	13,5	22,7	32,0	31,8
65 ans et plus				
Avec incapacité	56,6	15,4	12,0	15,8
Sans incapacité	47,1	18,6	14,9	19,4
Ensemble				
Avec incapacité	34,3	21,8	23,3	20,6
Sans incapacité	17,3	22,2	30,0	30,4

1. Plus haut niveau de scolarité complété.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010 2011*.

Ces différences entre les populations avec et sans incapacité se retrouvent autant chez les hommes que chez les femmes (tableau 3.5). La population avec incapacité affiche en effet des proportions supérieures d'hommes et de femmes sans diplôme d'études secondaires que la population sans incapacité et des proportions inférieures d'hommes et de femmes ayant un diplôme d'études collégiales ou universitaires. De tels écarts entre les populations avec et sans incapacité sont également notés autant chez les 15 à 64 ans que chez les 65 ans et plus.

Les données montrent cependant que la scolarité plus faible des personnes avec incapacité ne résulte pas nécessairement du fait qu'elles sont en général plus âgées, puisque des écarts entre les populations sont observés dans tous les groupes d'âge se situant entre 15 et 74 ans (tableau 3.6). De manière générale, on remarque que, comparativement à la population sans incapacité, celle avec incapacité compte en proportion plus de personnes ne possédant aucun diplôme scolaire, et cela, quel que soit le groupe d'âge se situant entre 15 et 74 ans. De manière plus spécifique, on observe ce qui suit : bien qu'en principe une partie des jeunes adultes de 15 à 24 ans puissent ne pas avoir terminé leur scolarité de niveau secondaire, une proportion plus élevée de personnes avec incapacité que sans incapacité de ce groupe d'âge sont sans diplôme et une proportion moindre de la population avec incapacité que sans incapacité détient un tel diplôme. Les jeunes adultes avec incapacité sont également proportionnellement moins nombreux que ceux sans incapacité à avoir atteint des niveaux de scolarité postsecondaires. Dans la population de 15 ans et plus (personnes avec et sans incapacité réunies), le groupe des 25 à 49 ans compte, en proportion, plus de personnes ayant complété des études postsecondaires comparativement aux autres groupes d'âge (Tremblay, Dubé et Baraldi, 2013). Lorsque l'on tient compte de l'incapacité, on note, en ce qui concerne les personnes de ce

groupe d'âge, que la proportion de celles ayant atteint le niveau universitaire est inférieure dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité. Par ailleurs, outre le fait que les personnes avec incapacité de 25 à 49 ans sont proportionnellement plus nombreuses que celles sans incapacité à n'avoir pas complété le niveau secondaire, il ressort que la proportion de celles dont le plus haut niveau de scolarité atteint est effectivement ce dernier est plus élevée dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité. Bien que, de façon générale, une fraction des 50 ans et plus appartienne aux générations moins scolarisées, on remarque, chez les 50 à 64 ans, que la proportion des personnes qui ont complété des études universitaires est moins élevée chez celles avec incapacité que chez celles sans incapacité. Enfin, du côté des 65 à 74 ans, la proportion de personnes qui ont complété des études collégiales est moindre dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité.

Proportionnellement moins de personnes ayant une incapacité modérée ou grave complètent les niveaux de scolarité postsecondaires, comparativement aux personnes ayant une incapacité légère

La figure 3.2 illustre le lien entre le niveau de scolarité et la gravité de l'incapacité. D'une part, on remarque que la proportion de personnes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires augmente de manière importante

Tableau 3.6
Niveau de scolarité[1] selon l'âge, populations de 15 ans et plus[2] avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011

	Sans diplôme d'études secondaires	Diplôme d'études secondaires	Diplôme d'études collégiales	Diplôme d'études universitaires
		%		
15-24 ans				
Avec incapacité	41,7	27,3	24,8	6,2*
Sans incapacité	25,1	32,0	32,7	10,2
25-49 ans				
Avec incapacité	14,2	22,1	34,0	29,7
Sans incapacité	6,5	17,2	35,1	41,3
50-64 ans				
Avec incapacité	27,8	26,1	24,1	22,0
Sans incapacité	19,0	27,1	25,4	28,4
65-74 ans				
Avec incapacité	48,0	18,0	13,8	20,2
Sans incapacité	41,2	20,1	16,6	22,1
75-84 ans[a]				
Avec incapacité	62,5	13,5	11,2	12,7
Sans incapacité	60,0	15,6	11,1	13,3
85 ans et plus[a]				
Avec incapacité	70,9	11,3	8,5	9,3
Sans incapacité	61,0	14,3*	11,7*	13,0*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Plus haut niveau de scolarité complété.

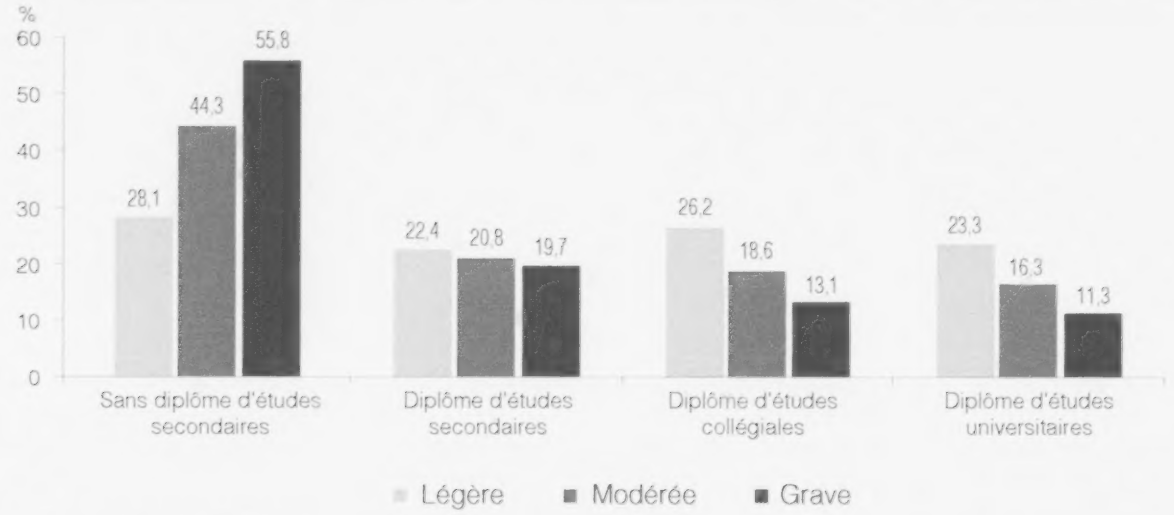
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Chez les personnes de 75 à 84 ans et chez celles de 85 ans et plus, les tests globaux du Khi deux entre la variable « niveau de scolarité » et la variable « incapacité » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

avec le niveau de gravité de l'incapacité. De 28 % chez les personnes ayant une incapacité légère, cette proportion grimpe à 44 % chez celles ayant une incapacité modérée, pour finalement représenter 56 % de celles ayant une incapacité grave. D'autre part, on note que la proportion de personnes ayant complété des études collégiales diminue à mesure que le niveau de gravité augmente. Ainsi, plus du quart (26 %) des personnes ayant une incapacité légère détiennent un diplôme d'études collégiales, comparativement à 19 % de celles ayant une incapacité modérée. Quant aux personnes ayant une incapacité grave, elles comprennent à peine plus d'un diplômé d'études collégiales sur dix (13 %). Un profil semblable est observé relativement à l'obtention d'un diplôme d'études universitaires.

Figure 3.2
Niveau de scolarité[1] selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011



1. Plus haut niveau de scolarité complété.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

3.2.3 Niveau de revenu du ménage

La population avec incapacité compte davantage de personnes appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu que la population sans incapacité

Chez la population de 15 ans et plus avec incapacité, le quart (25 % ou environ 547 500 personnes) des personnes appartiennent à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (tableau 3.7). À titre comparatif, 14 % de la population sans incapacité doit composer avec une telle situation. Cette différence entre les populations avec et sans incapacité en ce qui a trait à la proportion de personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu est observée autant chez les hommes (21 % c. 12 %) que chez les femmes (28 % c. 16 %). Un profil similaire est aussi constaté chez les personnes âgées de 15 à 64 ans (20 % c. 12 %) et celles de 65 ans et plus (35 % c. 25 %).

Tableau 3.7
Niveau de revenu du ménage selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus[1] avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011

	Sous le seuil de faible revenu	Au-dessus du seuil de faible revenu
	%	
Sexe		
Hommes		
Avec incapacité	20,7	79,3
Sans incapacité	11,7	88,3
Femmes		
Avec incapacité	28,4	71,6
Sans incapacité	15,6	84,4
Groupe d'âge		
15-64 ans		
Avec incapacité	20,2	79,8
Sans incapacité	12,2	87,8
65 ans et plus		
Avec incapacité	34,7	65,3
Sans incapacité	24,7	75,3
Ensemble		
Avec incapacité	24,7	75,3
Sans incapacité	13,6	86,4

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Une analyse plus fine du niveau de revenu du ménage en fonction de l'âge révèle que pour chacun des groupes d'âge examinés se situant entre 25 et 84 ans, on trouve une proportion plus élevée de personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu parmi celles avec incapacité que chez celles sans incapacité (tableau 3.8). En ce qui concerne les personnes âgées de 85 ans et plus, il ressort que la proportion de celles avec incapacité appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu rejoint la part des personnes sans incapacité. La proportion de personnes vivant dans cette condition défavorable à un âge aussi avancé s'élève à 43 %.

Tableau 3.8
Niveau de revenu du ménage selon le groupe d'âge, populations de 15 ans et plus[1] avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011

	Sous le seuil de faible revenu	Au-dessus du seuil de faible revenu
	%	
15-24 ans[a]		
Avec incapacité	18,2	81,8
Sans incapacité	14,7	85,3
25-49 ans		
Avec incapacité	20,5	79,5
Sans incapacité	12,7	87,3
50-64 ans		
Avec incapacité	20,6	79,4
Sans incapacité	9,5	90,5
65-74 ans		
Avec incapacité	29,6	70,4
Sans incapacité	21,3	78,7
75-84 ans		
Avec incapacité	37,6	62,4
Sans incapacité	30,3	69,7
85 ans et plus[a]		
Avec incapacité	43,2	56,8
Sans incapacité	43,5	56,5

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

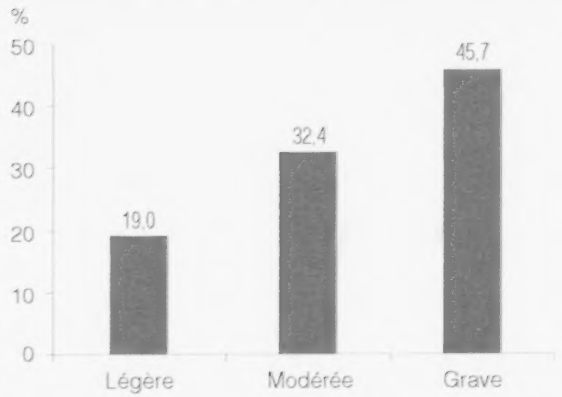
a. Chez les personnes de 15 à 24 ans et chez celles de 85 ans et plus, les tests globaux du Khi-deux entre la variable « niveau de revenu du ménage » et la variable « incapacité » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Environ une personne sur trois dont l'incapacité est modérée appartient à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu, c'est presque une personne sur deux lorsque l'incapacité est grave

Le niveau de revenu du ménage est aussi lié à la gravité de l'incapacité (figure 3.3). Plus précisément, la proportion de personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu croît avec le niveau de gravité de l'incapacité. Presque une personne sur cinq (19 %) ayant une incapacité légère est membre d'un tel ménage. Cette proportion augmente à près d'une sur trois (32 %) chez les personnes ayant une incapacité modérée. Enfin, presque la moitié (46 %) des personnes ayant une incapacité grave sont dans cette situation financière défavorable.

Figure 3.3
Proportion de personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

3.2.4 Indices de défavorisation matérielle et sociale

D'après l'indice de défavorisation, toutes proportions gardées, plus de personnes ayant une incapacité que de personnes sans incapacité se classent dans le quintile « très défavorisé », tant sur le plan matériel que sur le plan social

Le classement de la population de 15 ans et plus avec et sans incapacité selon l'indice de défavorisation[5] matérielle révèle qu'une proportion plus élevée de la population avec incapacité que de celle sans incapacité vit dans un milieu très défavorisé (quintile 5) sur le plan matériel (21 % c. 17 %) (tableau 3.9). En corollaire, une part plus faible de la population avec incapacité que sans incapacité vit dans un milieu très favorisé (quintile 1) sur ce plan (19 % c. 23 %). Dans la population avec incapacité, de telles conditions de vie défavorables sur le plan matériel sont observées chez les hommes, les femmes, les personnes de 15 à 64 ans et celles de 65 ans et plus.

Tableau 3.9
Indice de défavorisation matérielle selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus[1] avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011

	Quintile 1 (Très favorisé)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (Très défavorisé)
			%		
Sexe					
Hommes					
Avec incapacité	18,7	18,8	21,0	20,5	21,0
Sans incapacité	22,4	21,1	19,9	19,3	17,4
Femmes					
Avec incapacité	18,9	20,5	19,9	20,1	20,6
Sans incapacité	23,4	21,4	19,0	19,5	16,7
Groupe d'âge					
15-64 ans					
Avec incapacité	18,8	19,6	20,6	20,5	20,5
Sans incapacité	23,1	21,0	19,4	19,4	17,1
65 ans et plus					
Avec incapacité	18,8	19,9	20,1	19,9	21,4
Sans incapacité	21,2	22,6	20,2	19,1	16,8
Ensemble					
Avec incapacité	18,8	19,7	20,4	20,3	20,8
Sans incapacité	22,9	21,2	19,5	19,4	17,1

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

5. Rappelons que les indices de défavorisation matérielle et sociale sont basés notamment sur le fait de vivre seul et sur le niveau de revenu associé au territoire d'habitation, deux variables liées à l'âge et à la gravité de l'incapacité. À l'exemple de l'effet d'âge, ces facteurs permettent d'expliquer certains résultats. Dans le cas présent, si l'on note que les personnes ayant une incapacité modérée ou grave se trouvent en plus fortes proportions dans les quintiles défavorisés, c'est en partie parce que l'on trouve fréquemment des proportions élevées de personnes avec incapacité au sein des groupes de personnes « vivant seules » et « appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu ».

Des écarts entre la population avec incapacité et celle sans incapacité sont également observés au regard de l'indice de défavorisation sociale (tableau 3.10). À l'exemple de la dimension matérielle, l'indicateur révèle qu'une proportion plus élevée de la population avec incapacité que de celle sans incapacité vit dans un milieu très défavorisé (quintile 5) sur le plan social (22 % c. 18 %). En corollaire, une proportion moins élevée de la population avec incapacité que de celle sans incapacité vit dans un milieu très favorisé (quintile 1) sur le plan social (18 % c. 21 %).

Ce portrait de la condition sociale du milieu de vie reflète la situation des femmes sans incapacité et partiellement celle des hommes sans incapacité (tableau 3.10). En effet, chez ces derniers, on détecte une différence significative entre la population avec incapacité et celle sans incapacité uniquement en ce qui concerne le fait de vivre dans un milieu socialement très défavorisé (quintile 5) : une proportion plus élevée d'hommes avec incapacité sont ainsi exposés à un tel milieu social, comparativement aux hommes sans incapacité (21 % c. 17 %).

Ces différences entre les populations avec et sans incapacité par rapport à la condition sociale du milieu de vie sont aussi observées chez les personnes âgées de 15 à 64 ans et chez celles de 65 ans et plus (tableau 3.10). Chez les 15 à 64 ans, une proportion légèrement supérieure de personnes avec incapacité, comparativement à celles sans incapacité, habitent un milieu très défavorisé (quintile 5) sur le plan social (21 % c. 18 %). Inversement, une proportion moindre de personnes avec incapacité que sans incapacité vivent dans un milieu très favorisé (quintile 1) sur ce plan (19 % c. 21 %). Il en va de même des personnes de 65 ans et plus avec incapacité par rapport à celles sans incapacité du même âge.

Tableau 3.10
Indice de défavorisation sociale selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus[1] avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011

	Quintile 1 (Très favorisé)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (Très défavorisé)
			%		
Sexe					
Hommes					
Avec incapacité	19,6	21,2	19,3	19,3	20,7
Sans incapacité	21,0	20,7	20,7	20,3	17,2
Femmes					
Avec incapacité	16,8	18,6	20,0	21,7	22,8
Sans incapacité	20,9	21,0	19,9	19,0	19,2
Groupe d'âge					
15-64 ans					
Avec incapacité	19,3	20,8	19,3	19,8	20,8
Sans incapacité	21,1	21,0	20,1	19,4	18,3
65 ans et plus					
Avec incapacité	15,5	17,6	20,5	22,2	24,2
Sans incapacité	20,2	19,3	21,9	21,3	17,3
Ensemble					
Avec incapacité	18,1	19,9	19,7	20,5	21,8
Sans incapacité	21,0	20,8	20,3	19,7	18,2

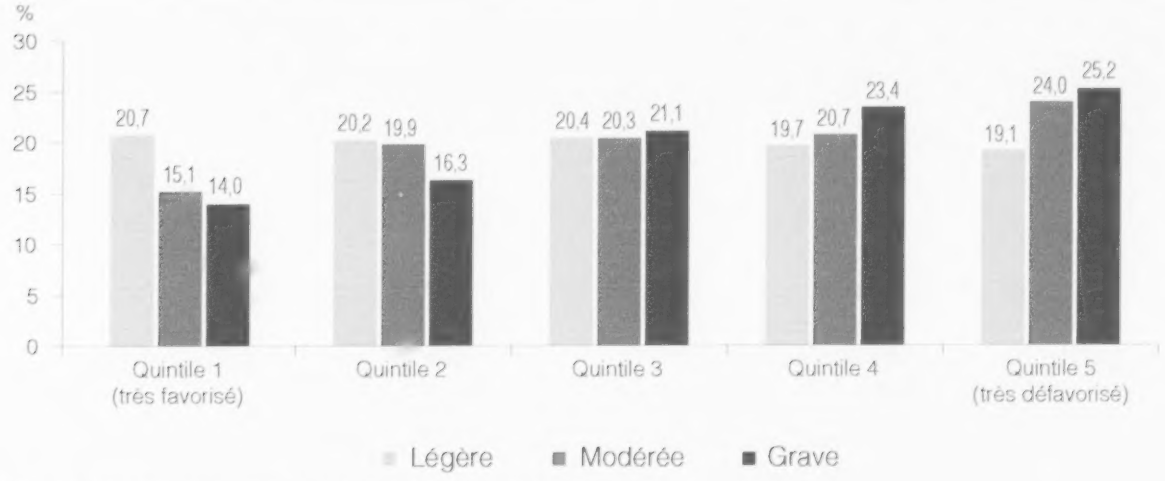
1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Plus du quart des personnes ayant une incapacité modérée ou grave résident dans un milieu matériellement ou socialement défavorisé

Le classement des personnes avec incapacité à l'indice de défavorisation matérielle est aussi lié à la gravité de l'incapacité. On peut voir, à la figure 3.4, qu'environ le quart des personnes ayant une incapacité modérée ou une incapacité grave (24 % et 25 %, respectivement) résident dans un milieu matériellement très défavorisé (quintile 5), comparativement à moins d'une sur cinq (19 %) dans le cas des personnes ayant une incapacité légère. À l'opposé, environ une personne sur sept ayant une incapacité modérée ou grave (15 % et 14 %, respectivement) vit dans un milieu très favorisé (quintile 1) sur le plan matériel, comparativement à 21 % chez les personnes ayant une incapacité légère.

Figure 3.4
Indice de défavorisation matérielle selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

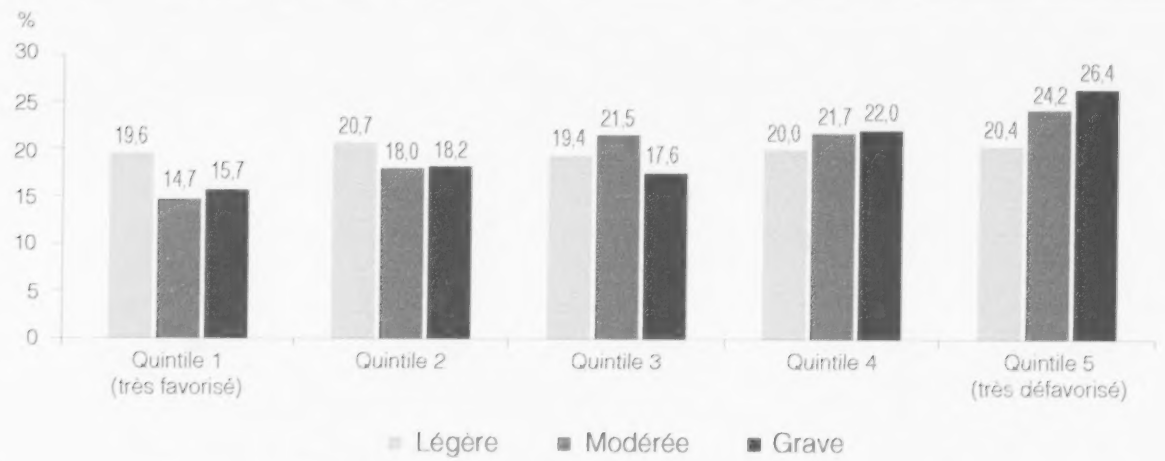
À l'exemple de l'indice de défavorisation matérielle, celui de défavorisation sociale est lié à la gravité de l'incapacité. La figure 3.5 montre que la proportion de personnes vivant dans un milieu très défavorisé (quintile 5) sur le plan social est plus élevée parmi les personnes ayant une incapacité modérée ou grave (24 % et 26 %) que parmi celles ayant une incapacité légère (20 %). Par ailleurs, une proportion moindre de personnes ayant une incapacité modérée ou grave (15 % et 16 %, respectivement) vivent dans un milieu socialement très favorisé (quintile 1), comparativement aux personnes dont l'incapacité est légère (20 %).

3.2.5 Zone de résidence

La population avec incapacité est un peu moins nombreuse, en proportion, à habiter une zone urbaine que la population sans incapacité et également plus nombreuse à habiter une zone rurale que la population sans incapacité

Le dernier indicateur servant à décrire les caractéristiques socioéconomiques de la population avec incapacité est la zone géographique de résidence. Sur ce point, les données montrent qu'au-delà de la majorité des personnes, soit 68 %, habitent dans une zone urbaine,

Figure 3.5
Indice de défavorisation sociale selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

12 % résident dans une zone semi-urbaine et 21 %, dans une zone rurale (tableau 3.11). À titre comparatif, une proportion légèrement plus élevée de personnes sans incapacité habitent dans une zone urbaine (70 %), et une proportion légèrement moindre habitent dans une zone rurale (19 %).

Des écarts sont observés entre les hommes avec incapacité et ceux sans incapacité (tableau 3.11). Ainsi, une proportion moindre d'hommes avec incapacité habitent une zone urbaine (66 % c. 70 %); par contre, une proportion plus élevée d'hommes avec incapacité habitent une zone rurale (21 % c. 19 %).

Les mêmes écarts entre les populations avec et sans incapacité sont observés à cet égard chez les personnes âgées de 15 à 64 ans (tableau 3.11). À leur propos, on note qu'une part légèrement moindre de celles avec incapacité résident dans une zone urbaine (69 % c. 71 % chez les 15 à 64 ans sans incapacité). Par ailleurs, elles sont légèrement plus nombreuses à habiter une zone rurale (20 % c. 18 % chez les 15 à 64 ans sans incapacité), toutes proportions gardées. L'enquête ne décèle pas d'écart entre les populations en ce qui concerne les femmes et les personnes âgées de 65 ans et plus.

Tableau 3.11
Zone de résidence selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus[1] avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011

	Urbaine	Semi-urbaine	Rurale
		%	
Sexe			
Hommes			
Avec incapacité	66,4	12,1	21,4
Sans incapacité	70,0	11,3	18,8
Femmes[a]			
Avec incapacité	68,6	11,8	19,6
Sans incapacité	70,0	11,6	18,4
Groupe d'âge			
15-64 ans			
Avec incapacité	68,9	11,2	19,9
Sans incapacité	70,8	11,2	18,0
65 ans et plus[a]			
Avec incapacité	64,6	13,6	21,8
Sans incapacité	63,5	13,5	23,0
Ensemble			
Avec incapacité	67,5	12,0	20,5
Sans incapacité	70,0	11,4	18,6

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Chez les femmes et chez les personnes de 65 ans et plus, les tests globaux du Khi deux entre la variable « zone de résidence » et la variable « incapacité » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

4 ÉTAT DE SANTÉ ET CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

GAÉTANE DUBÉ

Faits saillants

Perception de l'état de santé

- Selon l'enquête, près d'une personne sur quatre âgée de 15 ans et plus ayant une incapacité se perçoit en moyenne ou mauvaise santé.
- Dans la population avec incapacité, le fait de se percevoir en moyenne ou mauvaise santé est observé plus fréquemment chez les femmes, les personnes âgées de 15 à 64 ans, les personnes vivant seules et celles appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu.
- Près des deux tiers des personnes ayant une incapacité grave et deux personnes sur cinq ayant une incapacité modérée se perçoivent en moyenne ou mauvaise santé.
- Les personnes qui ont une incapacité liée à la vision, à la parole, à la mobilité, à l'agilité, à la mémoire, ou une incapacité de nature psychologique, sont plus enclines à se percevoir en moyenne ou mauvaise santé que celles n'ayant pas ces types d'incapacité.

Nombre de problèmes de santé de longue durée

- D'après l'enquête, 29 % des personnes avec incapacité déclarent un seul problème de santé de longue durée et 46 % en déclarent deux ou plus. Une femme sur deux (50 %) et sept personnes sur dix (70 %) âgées de 65 ans et plus déclarent deux problèmes de santé de longue durée ou plus.
- Chez les personnes ayant une incapacité modérée, 63 % ont deux problèmes de santé de longue durée ou plus; 76 % des personnes ayant une incapacité grave sont dans cette condition.
- La majorité des personnes ayant une incapacité liée à l'audition, à la vision, à la parole, à la mobilité, à l'agilité, à la mémoire, ou liée à des troubles de nature psychologique, présentent deux problèmes de santé de longue durée ou plus.

Consommation de médicaments prescrits

- Environ 73 % des personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité déclarent consommer des médicaments prescrits par un médecin, au moment de l'enquête.
- Parmi les personnes avec incapacité qui consomment des médicaments prescrits, environ 16 % ont consommé, à un moment ou à un autre, au cours d'une période d'un mois, moins de médicaments que ce qui leur était prescrit et 7 % en ont consommé en surplus. Les personnes âgées de 15 à 64 ans sont plus enclines que les autres à avoir l'un ou l'autre de ces comportements. L'oubli est le motif le plus fréquemment invoqué pour avoir consommé moins de médicaments et le fait d'en retirer des effets bénéfiques est celui invoqué dans la situation contraire.
- Environ le tiers des personnes avec incapacité ont consommé quatre types de médicaments différents ou plus la veille de l'enquête. Cette proportion est plus élevée chez les femmes, les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes sans diplôme d'études secondaires, les personnes vivant seules et celles appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu.
- La consommation de quatre types de médicaments différents ou plus est rapportée par une grande majorité des personnes ayant une incapacité grave (70 %), chez celles ayant une incapacité modérée, cette proportion est d'une sur deux.

Ce chapitre vient clore la partie décrivant les caractéristiques de la population de 15 ans et plus avec incapacité vivant en 2010-2011 dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel. L'attention est dirigée cette fois vers l'état de santé et la consommation de médicaments d'ordonnance. Trois indicateurs retenus aux fins de l'enquête permettent de documenter ces thèmes : la perception de l'état de santé, le nombre de problèmes de santé de longue durée déclarés par les personnes et la consommation de médicaments d'ordonnance.

Les données concernant la perception de l'état de santé et le nombre de problèmes de santé de longue durée font l'objet des deux premières sections du chapitre; la troisième est consacrée à la consommation de médicaments prescrits par un médecin. Ce dernier thème est abordé sous les angles suivants : la consommation au moment de l'enquête (consommation actuelle), la présence de comportements de non-observance de la posologie au cours d'une période d'un mois (médicaments pris en surplus ou en moins de ce qui est prescrit par le médecin et motifs de non-respect) puis le nombre de médicaments de types différents consommés au cours des vingt-quatre dernières heures (consommation la veille de l'enquête). Les données sont présentées selon le sexe et l'âge puis, lorsque l'enquête le permet, en fonction du statut d'immigration, du niveau de scolarité, du fait de vivre seul et du niveau de revenu du ménage[1]. Les thèmes sont aussi étudiés suivant les caractéristiques liées à l'incapacité, comme la gravité de l'incapacité et le type d'incapacité[2].

1. Pour plus de détails sur les variables sociodémographiques et économiques, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 3, à la page 66.
2. Pour plus de détails sur la gravité et le type d'incapacité, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 2, à la page 54.

Indicateurs utilisés

Perception de l'état de santé : Autoévaluation de l'état de santé général exprimée par la personne en se comparant à d'autres personnes du même âge. Cet indicateur comprend trois catégories : excellent ou très bon, bon, moyen ou mauvais [Indicateur établi à partir de la question Q114 de l'EQES].

Nombre de problèmes de santé de longue durée : Indicateur de l'état de santé défini à partir d'une série de questions portant sur des problèmes de santé physique ou mentale qui durent depuis au moins six mois ou qui pourraient durer six mois ou plus. Ces problèmes déclarés doivent avoir été diagnostiqués par un médecin, nécessiter un suivi médical et impliquer la prise de médicaments sur une base régulière, requérir des traitements ou demander le maintien de bonnes habitudes de vie. Les blessures dues à un accident (accident de la route, blessure au travail, blessure sportive, autres blessures) ou à des mouvements répétitifs (comme une fracture ou une tendinite) et les problèmes qui en découlent sont exclus. Cet indicateur comprend trois catégories : aucun problème de santé, un problème de santé, deux problèmes de santé ou plus [Indicateur construit à partir des questions Q85 à Q89 et Q91 de l'EQES pour les participants à l'EQLAV][1].

Consommation actuelle de médicaments prescrits : Consommation de médicaments d'ordonnance au moment de l'enquête. Les médicaments d'ordonnance comprennent tous les médicaments prescrits par un médecin, incluant ceux en vente libre et les suppléments vitaminiques. Il peut s'agir de pilules, d'injections, de crèmes, de gouttes ou de pompes (inhalateurs) [Indicateur établi à partir de la question E1].

Consommation de médicaments prescrits en moins : Consommation en moins de médicaments d'ordonnance, de types différents ou d'un même type, que ce qui est prescrit par le médecin, à un moment ou à un autre, au cours d'une période d'un mois [Indicateur établi à partir de la question E4].

Consommation de médicaments prescrits en surplus : Consommation en surplus de médicaments d'ordonnance, de types différents ou d'un même type, que ce qui est prescrit par le médecin, à un moment ou à un autre, au cours d'une période d'un mois [Indicateur établi à partir de la question E6].

Nombre de médicaments différents consommés : Nombre de médicaments d'ordonnance de types différents consommés au cours des vingt-quatre dernières heures précédant l'enquête. Cet indicateur compte quatre catégories : aucun, un, deux ou trois, quatre ou plus. Pour certaines analyses, les trois dernières catégories sont regroupées pour former la catégorie « au moins un » [Indicateur construit à partir de la question E2].

1 Pour plus de détails concernant cet indicateur, voir la section 2.3.1 du volume 1 de l'EQLAV (C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale, 2013).

4.1 Perception de l'état de santé

4.1.1 Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge

Près d'une personne sur quatre âgée de 15 ans et plus ayant une incapacité se perçoit en moyenne ou mauvaise santé

La perception que les personnes ont de leur état général de santé par rapport aux personnes de leur âge est un indicateur reconnu de l'état de santé d'une population. Les données recueillies en 2010-2011 montrent qu'un peu plus de deux personnes sur cinq (42 %) âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité s'estiment en excellente ou très bonne santé, près du tiers (34 %) jugent leur état comme bon et près du quart (23 %) se perçoivent en moyenne ou mauvaise santé lorsqu'elles se comparent aux personnes de leur âge (tableau 4.1). À titre comparatif, 73 % des personnes sans incapacité s'estiment en excellente ou en très bonne santé et 3,8 % le jugent moyen ou mauvais (données non présentées)[3]. Plusieurs caractéristiques sociodémographiques, économiques ou liées à l'incapacité sont associées à la perception de l'état de santé. Les résultats qui suivent mettent l'accent sur les personnes avec incapacité jugeant leur état de santé moyen ou mauvais.

Les femmes et les personnes de 15 à 64 ans ayant une incapacité sont plus enclines que les autres à juger leur état de santé moyen ou mauvais

Chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité, la perception de l'état de santé varie selon le sexe et l'âge (tableau 4.1). Ainsi, les femmes ayant une incapacité sont plus enclines que les hommes dans cette condition à percevoir leur état de santé comme moyen ou mauvais (25 % c. 21 %). On trouve des proportions plus élevées de personnes avec incapacité jugeant leur état de santé moyen ou mauvais parmi les groupes d'âge se situant entre 15 et 64 ans que parmi ceux des 65 ans et plus (25 % c. 20 %). La proportion de personnes avec incapacité s'estimant en moyenne ou mauvaise santé augmente de manière significative, de 17 % à 25 %, entre l'âge de 15 à 24 ans et celui de 25 à 49 ans pour, par la suite, diminuer de 27 % à 20 % entre l'âge de 50 à 64 ans et celui de 65 à 74 ans. Environ 17 % des personnes âgées de 85 ans et plus s'estiment en moyenne ou mauvaise santé.

Tableau 4.1
Perception de l'état de santé[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Excellent/Très bon	Bon	Moyen/Mauvais
		%	
Sexe			
Hommes	44,7	33,8	21,5
Femmes	40,2	34,8	25,0
Groupe d'âge			
15-64 ans	41,4	33,8	24,7
15-24 ans	48,0	35,2	16,8
25-49 ans	41,2	33,8	25,0
50-64 ans	39,3	33,4	27,4
65 ans et plus	44,9	35,6	19,5
65-74 ans	43,5	36,3	20,3
75 ans et plus	46,5	34,8	18,7
75-84 ans	45,4	35,3	19,3
85 ans et plus	50,3	33,0	16,7
Ensemble	**42,4**	**34,3**	**23,3**

1. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

3. Pour plus de détails sur la perception de l'état de santé dans la population de 15 ans et plus et ses différents liens avec les caractéristiques sociodémographiques, économiques ou liées à la santé, voir M.-É Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi (2013). Au sein de la population avec incapacité, cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détail, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

4.1.2 Perception de l'état de santé selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

Certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques sont associées à la perception de l'état de santé chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité (tableau 4.2). On note, par exemple, que la proportion de personnes avec incapacité se percevant en moyenne ou mauvaise santé est plus élevée dans les groupes suivants :

- les immigrants de longue date (au Canada depuis plus de 5 ans) (27 %);
- les personnes vivant seules (29 %);
- les personnes sans diplôme d'études secondaires (27 %);
- les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (35 %).

Par contre, elle est moins élevée au sein du groupe suivant :

- les personnes ayant un diplôme d'études universitaires (19 %).

Tableau 4.2
Proportion de personnes se percevant en moyenne ou mauvaise santé[1] selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	%
Statut d'immigration	
Canadien de naissance	23,0
Immigrant récent (moins de 5 ans)	14,4**
Immigrant de longue date (plus de 5 ans)	27,2
Fait de vivre seul	
Oui	28,7
Non	21,7
Niveau de scolarité	
Sans diplôme d'études secondaires	27,3
Diplôme d'études secondaires	22,7
Diplôme d'études collégiales	22,5
Diplôme d'études universitaires	19,0
Niveau de revenu du ménage	
Sous le seuil de faible revenu	35,0
Au-dessus du seuil de faible revenu	19,8

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

4.1.3 Perception de l'état de santé selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité

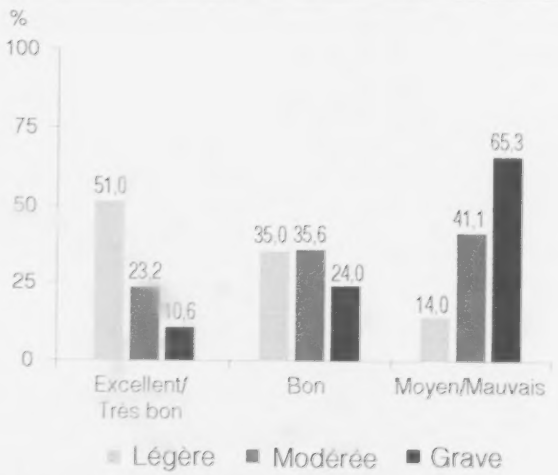
Environ 65 % des personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité grave et 41 % de celles ayant une incapacité modérée s'estiment en moyenne ou mauvaise santé

La perception de l'état de santé est aussi associée à certaines caractéristiques liées à l'incapacité, comme la gravité et le type d'incapacité. Les données indiquent que la proportion de personnes jugeant leur état de santé moyen ou mauvais croît avec le niveau de gravité de l'incapacité, passant de 14 % lorsqu'il s'agit d'incapacité légère à 41 % quand l'incapacité est modérée, pour finalement atteindre 65 % lorsque l'incapacité est grave (figure 4.1). On note par ailleurs que la grande majorité (86 %) des personnes ayant une incapacité légère s'estiment en excellente ou très bonne santé (51 %) ou en bonne santé (35 %), par rapport aux gens de leur âge.

Les personnes qui ont une incapacité liée à la vision, à la parole, à la mobilité, à l'agilité, à la mémoire ou de nature psychologique sont plus enclines que celles n'ayant pas ces types d'incapacité à se percevoir en moyenne ou mauvaise santé

Le tableau 4.3 montre que les personnes présentant certains types d'incapacité sont plus susceptibles de considérer leur état de santé comme moyen ou mauvais, comparativement aux personnes ne présentant pas le même type d'incapacité[4]. C'est le cas, notamment, des personnes qui ont une incapacité liée à la vision, à la parole, à la mobilité, à l'agilité, à la mémoire ou une

Figure 4.1
Perception de l'état de santé[1] selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011



1. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

4 Ce genre d'analyse compare les personnes ayant un type d'incapacité donné (ex. : incapacité liée à l'audition) avec les personnes qui ont tout autre type d'incapacité (ex. : vision, parole, mobilité). Rappelons qu'une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité. Pour plus de détails sur les types d'incapacité documentés dans l'enquête, voir le chapitre 1.

incapacité liée à des troubles de nature psychologique. Ainsi, par exemple, la moitié (51 %) des personnes ayant une incapacité liée à la parole ont une perception négative de leur état de santé, comparativement à 22 % de celles n'ayant pas ce type d'incapacité. De même, chez les personnes ayant une incapacité liée à des troubles de nature psychologique, 44 % jugent leur état de santé négativement, par rapport à 20 % de celles n'ayant pas une telle incapacité. À l'inverse, les personnes ayant une incapacité liée à l'audition ou à l'apprentissage et celles qui sont touchées par une incapacité de nature indéterminée sont proportionnellement moins nombreuses à juger leur état de santé comme moyen ou mauvais que celles n'ayant pas ces types d'incapacité (respectivement 19 % et 20 % c. 13 %).

4.2 Nombre de problèmes de santé de longue durée

Dans la présente enquête, les problèmes de santé de longue durée sont définis comme des problèmes de santé (physique ou mentale) qui durent depuis au moins six mois (ou qui pourraient durer six mois ou plus), diagnostiqués par un médecin. Ces problèmes nécessitent un suivi médical, la prise de médicaments, des traitements et l'adoption de bonnes habitudes de vie. Les blessures résultant d'un accident ou de mouvements répétitifs ainsi que les problèmes de santé qui en découlent n'entrent pas dans cette définition[5]. Dans la population de 15 ans et plus (avec ou sans incapacité), environ 25 % des personnes rapportent un problème de santé de longue durée et 24 % en déclarent deux ou plus[6].

Tableau 4.3
Proportion de personnes se percevant en moyenne ou mauvaise santé[1] selon le type d'incapacité[2], population de 15 ans et plus[3] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Ayant ce type d'incapacité	N'ayant pas ce type d'incapacité
	%	
Audition	19,4	24,3
Vision	30,3	22,2
Parole	51,3	22,4
Mobilité	38,6	14,3
Agilité	34,3	14,7
Apprentissage	20,1	23,7
Mémoire	37,1	21,0
Déficience intellectuelle/TED[a]	26,7*	23,2
Psychologique	43,5	20,3
Indéterminée[4]	13,2	24,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section sur les aspects méthodologiques de l'enquête.
2. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
4. Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

a. Le test global du Khi-deux entre la variable « déficience intellectuelle/TED » et la variable « perception de l'état de santé » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

5. Pour plus de détails sur cet indicateur, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* à la page 87.
6. Pour plus de détails sur le nombre de problèmes de santé de longue durée dans la population de 15 ans et plus et ses différents liens avec les caractéristiques sociodémographiques, économiques ou liées à la santé, voir M.-È. Tremblay, G. Dubé et R. Baraldi (2013).

4.2.1 Nombre de problèmes de santé de longue durée selon le sexe et l'âge

75 % des personnes de 15 ans et plus avec incapacité rapportent un problème de santé de longue durée

Chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité, près de la moitié (46 %) déclarent deux problèmes de santé de longue durée ou plus, 29 % en rapportent un seul et 25 % n'en mentionnent aucun (tableau 4.4). Le nombre de problèmes de santé de longue durée est lié au sexe et à l'âge des personnes avec incapacité. Les résultats qui suivent portent plus particulièrement sur les personnes avec incapacité déclarant deux problèmes de santé de longue durée ou plus.

Dans la population avec incapacité, une femme sur deux et près de sept personnes sur dix âgées de 65 ans et plus déclarent deux problèmes de santé de longue durée ou plus

Comparées aux hommes avec incapacité, les femmes avec incapacité sont, en proportion, plus nombreuses à cumuler deux problèmes de santé ou plus (51 % c. 41 %) (tableau 4.4). Sur le plan de l'âge, un écart marqué distingue le groupe des 15 à 64 ans de celui des 65 ans et plus. Alors qu'on estime qu'un peu plus d'une personne sur trois (35 %) âgée de 15 à 64 ans présente deux problèmes de santé de longue durée ou plus, cette proportion grimpe à sept personnes sur dix (70 %) chez les 65 ans et plus.

La figure 4.2 illustre plus en détails la relation entre le nombre de problèmes de santé de longue durée et l'âge des personnes ayant une incapacité. Elle montre qu'entre 15 et 74 ans, la proportion de personnes ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus augmente de 10 % à 69 %. Les groupes d'âge rassemblant les personnes âgées de 65 ans et plus affichent des proportions similaires de personnes avec incapacité ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus.

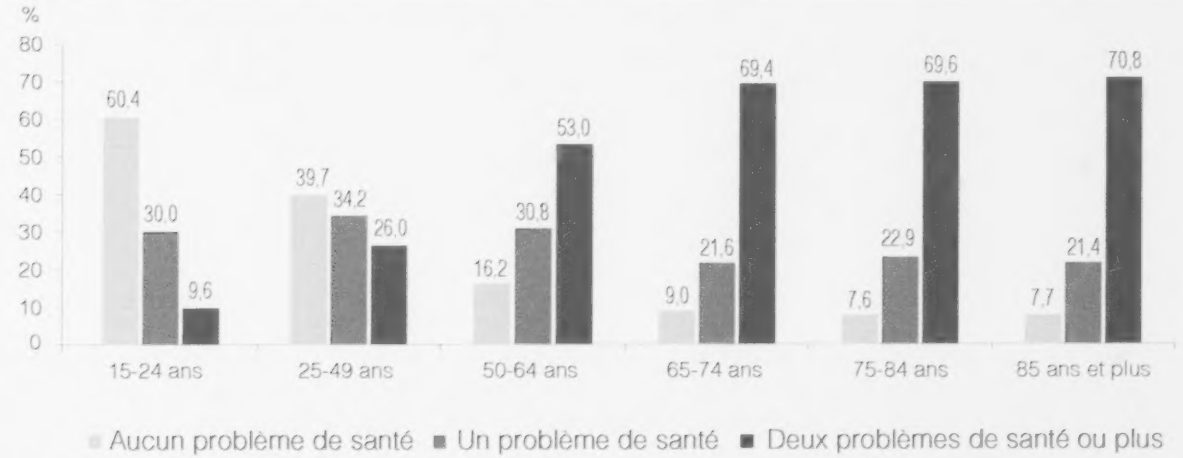
Tableau 4.4
Nombre de problèmes de santé de longue durée selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Aucun problème de santé	Un problème de santé	Deux problèmes de santé ou plus
		%	
Sexe			
Hommes	30,5	28,7	40,7
Femmes	20,3	29,1	50,5
Groupe d'âge			
15-64 ans	32,9	32,1	35,0
65 ans et plus	8,3	22,0	69,7
Ensemble	**25,2**	**28,9**	**45,8**
Pe (k)	558,4	641,1	1 015,6

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Figure 4.2
Nombre de problèmes de santé de longue durée selon l'âge, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

4.2.2 Nombre de problèmes de santé de longue durée selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

Parmi les personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité, la proportion de celles déclarant deux problèmes de santé de longue durée ou plus varie selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques. Ainsi, cette proportion est plus élevée au sein des groupes de personnes suivants (tableau 4.5) :

- les personnes vivant seules (59 %)[7] ;
- les personnes sans diplôme d'études secondaires (56 %) ;
- les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (56 %).

Toutefois, elle est moins élevée chez les groupes suivants :

- les immigrants récents (au Canada depuis moins de 5 ans) (18 %**) ;
- les personnes détenant un diplôme d'études collégiales (37 %).

Tableau 4.5
Nombre de problèmes de santé de longue durée selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Aucun problème de santé	Un problème de santé	Deux problèmes de santé ou plus
	%		
Statut d'immigration			
Canadien de naissance	25,2	28,9	45,9
Immigrant récent (moins de 5 ans)	50,0	31,6*	18,4**
Immigrant de longue date (plus de 5 ans)	22,8	29,4	47,9
Fait de vivre seul			
Oui	16,4	24,6	59,0
Non	27,7	30,2	42,1
Niveau de scolarité			
Sans diplôme d'études secondaires	19,3	24,2	56,5
Diplôme d'études secondaires	27,3	30,2	42,4
Diplôme d'études collégiales	30,7	32,6	36,7
Diplôme d'études universitaires	27,1	31,2	41,7
Niveau de revenu du ménage			
Sous le seuil de faible revenu	18,2	25,9	55,8
Au-dessus du seuil de faible revenu	27,5	29,9	42,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

7. Ce résultat est en partie attribuable à un effet d'âge, la population avec incapacité vivant seule étant, en général, plus âgée que celle qui ne vit pas seule (voir chapitre 3, section 3.1.3).

4.2.3 Nombre de problèmes de santé de longue durée selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité

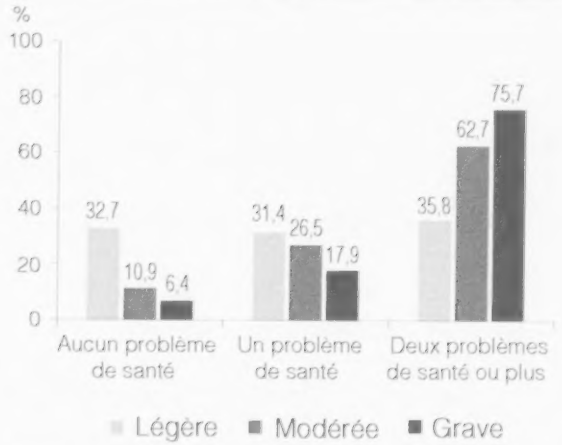
Chez les personnes ayant une incapacité modérée, 63 % rapportent deux problèmes de santé de longue durée ou plus; 76 % des personnes ayant une incapacité grave sont dans cette condition

Dans la population de 15 ans et plus avec incapacité, le nombre de problèmes de santé de longue durée est aussi associé à la gravité (figure 4.3) et au type d'incapacité (tableau 4.6). Ainsi, 76 % des personnes ayant une incapacité grave rapportent deux problèmes de santé de longue durée ou plus. Une proportion moindre des personnes ayant une incapacité modérée sont dans cette condition (63 %). Les personnes ayant une incapacité légère sont quant à elles proportionnellement moins nombreuses que les autres à déclarer deux problèmes de santé de longue durée ou plus (36 %).

La majorité des personnes ayant une incapacité liée à l'audition, à la vision, à la parole, à la mobilité, à l'agilité, à la mémoire ou à des troubles de nature psychologique présentent deux problèmes de santé de longue durée ou plus

Pour chacun des 10 types d'incapacité, la proportion de personnes ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus diffère selon le fait d'avoir ou non le type d'incapacité examiné (tableau 4.6)[8]. Ainsi, les personnes ayant une incapacité liée à l'audition, à la vision, à la parole, à la mobilité, à l'agilité, à la mémoire ou à des troubles de nature psychologique sont proportionnellement plus nombreuses à rapporter deux problèmes de santé de longue durée ou plus, comparativement à celles n'ayant pas ces types d'incapacité. À l'inverse, les personnes ayant une incapacité liée à l'apprentissage ou une déficience intellectuelle/trouble envahissant du développement (TED) et celles qui sont touchées par une incapacité de nature indéterminée sont proportionnellement moins nombreuses à déclarer deux problèmes de santé de longue durée ou plus que celles n'ayant pas ces types d'incapacité.

Figure 4.3
Nombre de problèmes de santé de longue durée selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

8. Un tableau portant sur le nombre de problèmes de santé de longue durée selon chacun des 10 types d'incapacité est annexé au chapitre (Annexe A).

Tableau 4.6
Proportion de personnes ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus selon le type d'incapacité[1], population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Ayant ce type d'incapacité	N'ayant pas ce type d'incapacité
	%	
Audition	51,4	44,2
Vision	52,4	44,8
Parole	58,2	45,1
Mobilité	65,0	32,8
Agilité	60,7	32,8
Apprentissage	28,6	48,6
Mémoire	57,1	43,6
Déficience intellectuelle/TED	33,4	46,2
Psychologique	50,8	44,8
Indéterminée[3]	31,9	47,5

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

4.3 Consommation de médicaments prescrits

Consommer des médicaments est chose courante dans la population en général. Les médicaments s'avèrent l'une des composantes les plus efficaces de la prise en charge des problèmes de santé, qu'il s'agisse du traitement d'une infection de courte durée, du contrôle ou du traitement de certains problèmes de santé chroniques (comme l'hypertension) ou d'une mesure aidant à prévenir certaines conditions (par exemple, l'ostéoporose). L'efficacité des médicaments résulte notamment de l'utilisation optimale et sécuritaire qui en est faite (Agrément Canada, 2012; Samoy et autres, 2006). À cet égard, les comportements de non-observance de la posologie et le fait de consommer plusieurs types de médicaments font partie des éléments pertinents à documenter sur lesquels l'EQLAV fournit des données.

4.3.1 Consommation actuelle de médicaments prescrits selon le sexe et l'âge

Plus de sept personnes sur dix ayant une incapacité consomment des médicaments prescrits; une situation plus répandue chez les femmes et les personnes âgées de 65 ans et plus

Comme dans la population de 15 ans et plus en général[9], la consommation de médicaments d'ordonnance est rapportée par une majorité de personnes ayant une incapacité. Ainsi, on estime à 73 % la proportion des personnes âgées de 15 ans et plus avec incapacité consommant des médicaments prescrits[10] par un médecin au moment de l'enquête (*consommation actuelle de médicaments prescrits*) (tableau 4.7). Des écarts marqués existent entre

9. Selon l'EQES, 75 % des personnes âgées de 15 ans et plus mentionnent avoir consommé des médicaments prescrits par un médecin au cours d'une période de 12 mois. Cette proportion s'élève à 93 % chez les personnes de 65 ans et plus, puis grimpe à 96 % chez celles de 75 ans et plus. Pour plus de détails sur la consommation de médicaments prescrits par un médecin dans la population de 15 ans et plus, voir G. Dubé, C. Sirois et M.-È. Tremblay (2013).
10. Les médicaments prescrits comprennent tous les types de médicaments pouvant être prescrits par un médecin, incluant ceux en vente libre et les suppléments vitaminiques.

les sexes et entre les groupes d'âge. On remarque, par exemple, que la proportion de consommateurs actuels est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (81 % c. 65 %). Il en est de même chez les personnes de 65 ans et plus par rapport à celles de 15 à 64 ans (94 % c. 64 %).

La figure 4.4 illustre de manière détaillée la progression de la proportion de consommateurs actuels de médicaments prescrits, selon l'âge des personnes ayant une incapacité. L'enquête décèle des écarts significatifs entre tous les groupes d'âge, à l'exception des deux plus avancés (75 à 84 ans et 85 ans et plus). Ainsi, la proportion de consommateurs actuels passe de 43 %, chez les 15 à 24 ans, à 95 %, chez les 75 à 84 ans. Chez les personnes d'un âge plus avancé, la proportion est de 96 %.

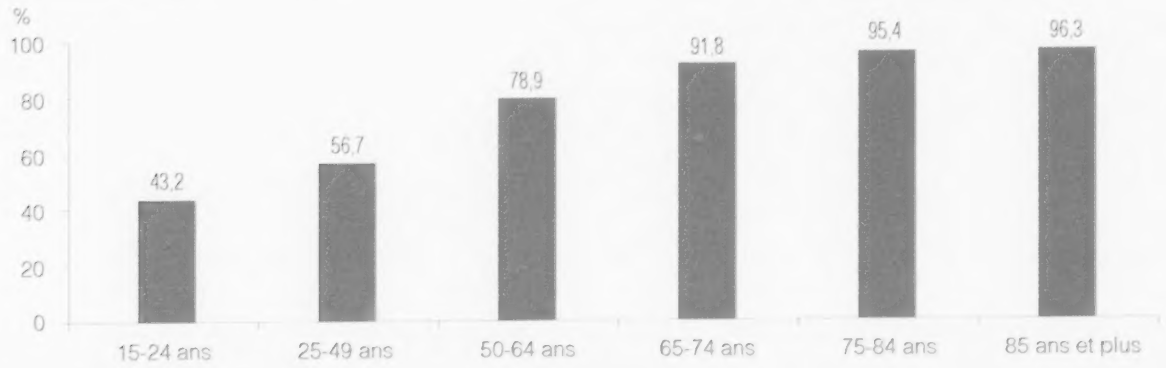
Tableau 4.7
Proportion de consommateurs actuels de médicaments prescrits selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	65,4
Femmes	80,6
Groupe d'âge	
15-64 ans	64,1
65 ans et plus	93,9
Ensemble	**73,3**

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Figure 4.4
Proportion de consommateurs actuels de médicaments prescrits selon le groupe d'âge, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

4.3.2 Non-observance de la posologie et motifs de non-respect

Environ 16 % des consommateurs actuels de médicaments prescrits en ont pris moins que ce qui était prescrit et 7 % en ont pris en surplus, au cours d'une période d'un mois. Les personnes de 15 à 64 ans sont plus enclines que les autres à avoir de tels comportements

Parmi les personnes avec incapacité consommant des médicaments prescrits au moment de l'enquête, 16 % ont, à un moment ou à un autre au cours du mois précédant l'enquête, consommé moins de médicaments que ce qui leur était prescrit par le médecin (tableau 4.8). L'enquête ne détecte pas d'écart entre les sexes à cet égard mais révèle que, toutes proportions gardées, davantage de personnes de 15 à 64 ans que de personnes de 65 ans et plus se sont comportées ainsi (19 % c. 10 %).

Tableau 4.8
Proportions de personnes ayant consommé des médicaments prescrits en moins ou en surplus[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité consommant des médicaments prescrits[2], Québec, 2010-2011

	A pris moins que ce qui était prescrit	A pris plus que ce qui était prescrit
	%	
Sexe[a]		
Hommes	16,5	6,9
Femmes	15,2	7,9
Groupe d'âge		
15-64 ans	19,4	9,3
65 ans et plus	10,3	4,6
Ensemble	**15,8**	**7,5**

1. Une personne peut avoir présenté un seul des deux comportements ou les deux, à un moment ou à un autre au cours d'une période d'un mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Consommation actuelle de médicaments prescrits.
a. Les tests globaux du Khi-deux entre la variable « consommation en moins de médicaments prescrits » ou la variable « consommation en surplus de médicaments prescrits » et la variable « sexe » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Par ailleurs, parmi les personnes avec incapacité consommant des médicaments prescrits au moment de l'enquête, 7 % ont, à un moment ou à un autre au cours d'une période d'un mois, consommé des médicaments en surplus de ce qui leur était prescrit (tableau 4.8). À l'exemple de la situation précédente, on ne détecte pas d'écart significatif entre les sexes, et les personnes de 15 à 64 ans sont proportionnellement plus nombreuses que celles de 65 ans et plus à avoir consommé plus de médicaments que la quantité prescrite (9 % c. 4,6 %).

L'étude de la consommation de médicaments prescrits en moindre quantité ou en surplus, en fonction des caractéristiques sociodémographiques et économiques, révèle que les personnes qui ne possèdent aucun diplôme secondaire sont, en proportion, moins nombreuses que celles détenant un diplôme à avoir consommé moins de médicaments que ce qui leur était prescrit (12 %, sans diplôme d'études secondaires c. 17 %, diplôme d'études secondaires, 19 %, diplôme d'études collégiales et 19 %, diplôme d'études universitaires) (données non présentées).

L'oubli est la raison la plus fréquemment invoquée pour avoir pris moins de médicaments que ce qui était prescrit; l'augmentation des effets bénéfiques est celle mentionnée par les personnes qui en ont pris en plus grande quantité que ce qui était prescrit

Plusieurs raisons peuvent être invoquées pour avoir consommé moins de médicaments ou plus de médicaments que ce qui était prescrit[11]. Les cinq motifs suivants sont rapportés pour expliquer le fait d'en avoir pris moins : l'oubli (52 %), les effets secondaires (22 %), la crainte de développer une dépendance (18 %), le coût des médicaments (7 %) et le manque d'accès à une pharmacie (1,3 %**). La crainte de développer une dépendance au médicament est plus fréquemment invoquée par les personnes de 15 à 64 ans (20 % c. 14 % pour les 65 ans et plus). Par ailleurs, parmi les personnes qui ont surconsommé des médicaments, la grande majorité, soit 78 %, ont agi ainsi afin d'en retirer davantage d'effets bénéfiques, et une faible proportion (4,7 %*) parce qu'elles avaient oublié les avoir déjà pris (données non présentées).

11. Ces variables sont tirées des questions E5 et E7. Une personne peut invoquer plus d'une raison.

4.3.3 Nombre de médicaments différents consommés

4.3.3.1 Nombre de médicaments différents consommés selon le sexe et l'âge

La veille de l'enquête, 71 % des personnes de 15 ans et plus avec incapacité ont consommé au moins un type de médicaments prescrits

Le tableau 4.9 présente le nombre de médicaments différents consommés au cours des vingt-quatre dernières heures précédant l'enquête par les personnes âgées de 15 ans et plus avec incapacité. On estime à environ 71 % la proportion de celles qui ont pris au moins un type de médicaments au cours de cette période. Le nombre de médicaments différents consommés varie selon le sexe et l'âge.

Chez les personnes avec incapacité, les variations selon le sexe indiquent que plus des trois quarts (78 %) des femmes consomment au moins un type de médicaments, comparativement à 63 % des hommes (tableau 4.9). Il en est de même des 65 ans et plus (93 %) relativement aux 15 à 64 ans (61 %). Sur le plan de l'âge, on remarque plus particulièrement que la proportion de personnes avec incapacité consommant au moins un type de médicaments passe de 40 %, chez les 15 à 24 ans, à 95 %, chez les 75 ans et plus.

Les données concernant le nombre de médicaments différents consommés révèlent également que la veille de l'enquête, 29 % des personnes avec incapacité n'ont consommé aucun médicament, 14 % ont consommé un seul type de médicaments, 23 % en ont consommé deux ou trois types et 34 %, quatre ou plus (tableau 4.9).

Tableau 4.9
Nombre de médicaments différents consommés[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Aucun	Un	Deux ou trois	Quatre ou plus	Au moins un
			%		
Sexe					
Hommes	37,0	12,6	19,8	30,6	63,0
Femmes	22,1	15,1	25,3	37,5	77,9
Groupe d'âge					
15-64 ans	39,0	16,9	21,8	22,4	61,0
15-24 ans	59,6	23,8	14,3	2,3**	40,4
25-49 ans	47,3	18,7	19,7	14,3	52,7
50-64 ans	23,3	12,6	26,5	37,6	76,7
65 ans et plus	7,2	7,1	24,7	61,0	92,8
65-74 ans	9,2	8,7	26,0	56,1	90,8
75 ans et plus	5,3	5,6	23,5	65,5	94,7
75-84 ans	5,6	6,1	23,8	64,6	94,4
85 ans et plus	4,8	4,6	23,0	67,6	95,2
Ensemble	**29,2**	**13,9**	**22,7**	**34,2**	**70,8**

** Coefficient de variation supérieur à 25 %, estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Nombre de médicaments prescrits différents consommés au cours des vingt-quatre dernières heures précédant l'enquête.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Le profil des consommateurs diffère selon le sexe et l'âge ainsi que selon certaines caractéristiques sociodémographiques, économiques ou liées à l'incapacité. Les résultats présentés dans les sections qui suivent mettront en évidence les caractéristiques des personnes qui ont consommé quatre types de médicaments différents ou plus.

Dans la population avec incapacité, toutes proportions gardées, davantage de femmes que d'hommes ont consommé quatre types de médicaments différents ou plus (37 % c. 31 %) (tableau 4.9). La proportion de personnes avec incapacité dans cette condition est aussi plus élevée chez les 65 ans et plus que chez les 15 à 64 ans (61 % c. 22 %). Un examen plus détaillé selon l'âge montre que près de trois personnes sur cinq (56 %) ayant une incapacité âgées de 65 à 74 ans ont consommé quatre types de médicaments différents ou plus. Cette proportion grimpe à 65 % chez celles âgées de 75 ans et plus.

4.3.3.2 Nombre de médicaments différents consommés selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

À l'exemple des indicateurs de santé documentés plus haut, le nombre de médicaments différents consommés chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité est associé à certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques. On remarque que la proportion de personnes avec incapacité consommant quatre types de médicaments différents ou plus est plus élevée au sein des groupes suivants (tableau 4.10) :

- les personnes sans diplôme d'études secondaires (46 %);
- les personnes vivant seules (48 %);
- les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (45 %).

Tableau 4.10
Nombre de médicaments différents consommés[1] selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Aucun	Un	Deux ou trois	Quatre ou plus	Au moins un
			%		
Statut d'immigration					
Canadien de naissance	28,6	14,1	22,7	34,7	71,4
Immigrant récent (moins de 5 ans)	64,1	14,4**	14,2**	7,2**	35,9*
Immigrant de longue date (5 ans et plus)	31,5	12,4	23,3	32,8	68,5
Niveau de scolarité					
Sans diplôme d'études secondaires	20,7	11,4	22,0	45,9	79,3
Diplôme d'études secondaires	31,2	14,0	23,3	31,5	68,8
Diplôme d'études collégiales	36,7	15,6	22,8	24,9	63,3
Diplôme d'études universitaires	33,1	16,4	22,8	27,7	66,9
Fait de vivre seul					
Oui	19,9	9,7	22,5	47,9	80,1
Non	31,9	15,1	22,8	30,3	68,1
Niveau de revenu du ménage					
Sous le seuil de faible revenu	22,9	11,2	20,7	45,2	77,1
Au-dessus du seuil de faible revenu	31,3	14,8	23,3	30,6	68,7

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Nombre de médicaments prescrits différents consommés au cours des vingt-quatre dernières heures précédant l'enquête.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Cette proportion est moins élevée au sein des groupes suivants :

- les immigrants récents (au Canada depuis moins de 5 ans) (7 %**);
- les personnes détenant un diplôme d'études collégiales (25 %) ou universitaires (28 %).

4.3.3.3 *Nombre de médicaments différents consommés selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité*

Une personne sur deux ayant une incapacité modérée consomme quatre types de médicaments différents ou plus; cette proportion grimpe à 70 % chez celles ayant une incapacité grave

L'analyse de la consommation de médicaments prescrits s'achève en estimant le nombre de médicaments différents consommés en fonction de la gravité de l'incapacité. On remarque à cet égard que 84 % des personnes ayant une incapacité modérée et 92 % de celles ayant une incapacité grave consomment au moins un type de médicaments (tableau 4.11). Quant à la proportion de personnes qui consomment quatre types de médicaments différents ou plus, elle est plus élevée chez celles ayant une incapacité grave (70 %) que chez celles ayant une incapacité modérée (50 %). Les personnes ayant une incapacité légère sont, en proportion, nettement moins nombreuses que celles ayant une incapacité modérée ou grave à consommer quatre types de médicaments différents ou plus (24 %).

Tableau 4.11
Nombre de médicaments différents consommés[1] selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Aucun	Un	Deux ou trois	Quatre ou plus	Au moins un
			%		
Légère	36,5	16,4	23,3	23,8	63,5
Modérée	16,4	10,0	23,6	50,1	83,6
Grave	7,5	5,6	16,5	70,4	92,5

1. Nombre de médicaments prescrits différents consommés au cours des vingt-quatre dernières heures précédant l'enquête.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Annexe A : Tableau complémentaire

Nombre de problèmes de santé de longue durée par type d'incapacité[1], population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Aucun problème de santé	Un problème de santé	Deux problèmes de santé ou plus
		%	
Audition			
Oui	21,6	27,0	51,4
Non	26,3	29,5	44,2
Vision			
Oui	22,6	25,0	52,4
Non	25,6	29,6	44,8
Parole			
Oui	13,9*	27,9	58,2
Non	25,8	29,1	45,1
Mobilité			
Oui	11,4	23,6	65,0
Non	34,6	32,6	32,8
Agilité			
Oui	13,9	25,4	60,7
Non	35,1	32,1	32,8
Apprentissage			
Oui	44,1	27,3	28,6
Non	22,2	29,3	48,6
Mémoire			
Oui	17,5	25,5	57,1
Non	26,8	29,6	43,6
Déficience intellectuelle/TED			
Oui	37,7	28,9	33,4
Non	24,9	29,0	46,2
Psychologique			
Oui	18,3	30,9	50,8
Non	26,4	28,7	44,8
Indéterminée[3]			
Oui	31,5	36,6	31,9
Non	24,5	28,0	47,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.
2. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.
3. Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Partie 3

UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

5 MÉDECIN DE FAMILLE ET ENDROIT HABITUEL DE SOINS

GAÉTANE DUBÉ

Faits saillants

Affiliation à un médecin de famille

- Plus de huit personnes avec incapacité sur dix ont un médecin de famille (85%), plus particulièrement les personnes âgées de 65 ans et plus (95%) et celles ayant une incapacité grave (94%).
- Les personnes avec incapacité sans médecin de famille et qui ressentent le besoin d'en avoir un (11%) sont, toutes proportions gardées, davantage des hommes (12%), des personnes âgées de 15 à 24 ans (14%) ou de 25 à 49 ans (18%), des immigrants récents (45%*) et des personnes ne vivant pas seules (11%).
- Le besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille est plus répandu chez les personnes avec incapacité sans problème de santé de longue durée (17%) et chez celles dont l'incapacité est légère (12%).

Endroit habituel de soins

- La grande majorité des personnes avec incapacité ont un endroit habituel où consulter un médecin pour leurs soins de santé généraux (89%); la plupart le font dans une clinique ou un bureau de médecin (83%).
- La proportion de personnes avec incapacité ayant un endroit habituel de soins est plus faible chez les hommes (86%), les 15 à 64 ans (86%), les immigrants récents (61%), les personnes ayant une incapacité légère (87%) et les personnes avec incapacité sans aucun problème de santé de longue durée (80%).

Consultation auprès du médecin de famille

- Huit personnes avec incapacité sur dix ont un médecin de famille généraliste; 26% ont consulté ce dernier une seule fois au cours d'une période de 12 mois, tandis que 40% l'ont consulté trois fois ou plus.
- Chez les personnes avec incapacité, les femmes (44%), les personnes âgées de 65 ans et plus (45%), les personnes vivant seules (48%), les personnes sans diplôme d'études secondaires (45%), les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (46%) et les personnes ayant une incapacité grave (58%) sont plus nombreuses, en proportion, à avoir consulté leur médecin de famille à trois occasions ou plus.
- Au cours d'une période de 12 mois, 17% des personnes avec incapacité ayant un médecin de famille ont eu besoin d'une consultation, sans pouvoir l'obtenir; les femmes (21%) et les personnes de 15 à 64 (20%) sont plus concernées que les autres par un tel besoin non comblé de consultation auprès de leur médecin de famille.

Cette partie du volume visant à documenter l'utilisation des services de santé et des services sociaux débute par une analyse de l'affiliation à un médecin de famille et de l'endroit habituel de soins chez les personnes âgées de 15 ans et plus avec incapacité, vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel[1]. La situation des personnes avec incapacité à cet égard sera comparée à celle des personnes sans incapacité. Le présent chapitre dresse également un portrait de la consultation auprès du médecin de famille par les personnes avec incapacité ayant un généraliste pour médecin de famille[2] et des besoins non comblés en cette matière. Les données sont présentées en fonction du sexe, de l'âge et, lorsque l'enquête le permet, selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques – comme le statut d'immigration, le fait de vivre seul, le niveau de scolarité et le niveau de revenu du ménage[3] – et certaines caractéristiques liées à la santé et à l'incapacité – soit le nombre de problèmes de santé de longue durée[4] de même que la gravité et le type d'incapacité[5].

Indicateurs utilisés

Médecin de famille : Indicateur déterminant l'affiliation à un médecin de famille ou à un médecin en particulier qui prend la responsabilité des soins de santé (il peut s'agir d'un médecin généraliste ou spécialiste) [Indicateur construit à partir des questions Q13 et Q14 de l'EQES].

Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille : Indicateur déterminant les personnes qui n'ont pas de médecin de famille et qui ressentent le besoin d'en avoir un [Indicateur construit à partir de la question Q13, Q14 et Q19 de l'EQES].

Endroit habituel de soins : Indicateur déterminant les personnes ayant un lieu habituel où consulter un médecin pour leurs soins de santé généraux, c'est-à-dire les soins de médecine générale et de chirurgie légère (comme les points de suture pour blessures mineures) [Indicateur construit à partir de la question Q3 de l'EQES].

Type d'endroit habituel de soins : Indicateur établissant le type de lieu habituel de consultation d'un médecin pour les soins de santé généraux [Indicateur construit à partir de la question Q4 de l'EQES].

Consultation auprès du médecin de famille : Indicateur établissant le nombre de consultations auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois par les personnes ayant un médecin de famille généraliste. Cet indicateur est composé de deux catégories (aucune fois; au moins une fois) ou de quatre catégories (aucune fois; une fois; deux fois; trois fois ou plus) [Indicateur construit à partir des questions FF2 et FF6].

Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille : Indicateur déterminant, chez les personnes ayant un médecin de famille généraliste, celles qui ont eu besoin d'une consultation auprès de lui au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir [Indicateur construit à partir des questions FF2 et FF4B].

---

1. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).
2. La consultation auprès d'un médecin spécialiste et les besoins non comblés en cette matière sont traités au chapitre 6; la consultation auprès d'un professionnel de la santé et des services sociaux autre qu'un médecin et les besoins non comblés en cette matière sont traités au chapitre 7.
3. Pour plus de détails sur les variables sociodémographiques et économiques, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 3, à la page 66.
4. Pour plus de détails sur le nombre de problèmes de santé de longue durée, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 4, à la page 87.
5. Pour plus de détails sur la gravité et le type d'incapacité, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 2, à la page 54.

5.1 Affiliation à un médecin de famille

D'après l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (EQES), 79 % de la population âgée de 15 ans et plus a un médecin de famille[6]; 74 % d'entre elles déclarent qu'un médecin généraliste (omnipraticien) a la responsabilité de leurs soins de santé, tandis que 4,6 % affirment qu'un médecin spécialiste assume cette responsabilité[7] (données non présentées). En ce qui concerne la population avec incapacité, environ 85 % des personnes qui la composent ont un médecin de famille (tableau 5.1) : plus précisément, un médecin généraliste dans 80 % des cas et un médecin spécialiste dans 5 % des cas (données non présentées). La proportion de personnes ayant un médecin de famille est plus élevée dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité (75 %). Les résultats qui suivent portent sur l'affiliation à un médecin de famille, qu'il soit généraliste ou spécialiste.

5.1.1 Affiliation à un médecin de famille selon le sexe et l'âge

Chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité, plus de huit sur dix ont un médecin de famille.

Chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité, la proportion de celles ayant un médecin de famille varie selon le sexe et l'âge. Ainsi, près de neuf femmes sur dix (89 %) ont un médecin de famille, alors qu'une proportion moindre d'hommes en ont un (81 %) (tableau 5.1). À titre comparatif, dans la population sans incapacité, 81 % des femmes ont un médecin de famille, par rapport à 69 % des hommes. Lorsque l'on compare les populations avec et sans incapacité, celle avec incapacité présente des proportions supérieures d'hommes et de femmes ayant un médecin de famille.

Les variations selon l'âge montrent que chez les personnes ayant une incapacité, au-delà de neuf personnes sur dix (95 %) âgées de 65 ans et plus ont un médecin de famille, comparativement à un peu plus de huit sur dix (81 %) parmi les 15 à 64 ans (tableau 5.1). On retrouve un écart semblable en faveur des aînés dans la population sans incapacité (93 % c. 73 %). Par ailleurs, chez l'un comme chez l'autre groupe d'âge, la proportion de personnes ayant un médecin de famille est plus élevée dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité, l'écart étant toutefois moins marqué du côté des 65 ans et plus.

Une analyse plus fine en fonction de l'âge montre que la proportion de personnes avec incapacité ayant un médecin de famille augmente progressivement de 73 %, chez les 15 à 24 ans, à 77 % chez les 25 à 49 ans, puis à 89 % chez les 50 à 64 ans, pour finalement atteindre 94 % chez les 65 à 74 ans (tableau 5.1). On remarque

Tableau 5.1
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus[1] avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Sexe		
Hommes	81,4	69,1
Femmes	89,3	81,2
Groupe d'âge		
15-64 ans	81,3	72,8
15-24 ans	72,8	67,6
25-49 ans	77,0	68,5
50-64 ans	88,5	84,8
65 ans et plus	94,8	93,0
65-74 ans	94,0	91,6
75-84 ans[a]	95,3	96,0
85 ans et plus[a]	95,9	96,1
Ensemble de la population	**85,5**	**75,1**
Pe (k)	1 893,7	3 332,6

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Dans ce groupe d'âge, le test global du Khi-deux entre la variable « médecin de famille » et la variable « incapacité » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

6. Pour plus de détails sur l'affiliation auprès d'un médecin de famille pour l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus, voir le volume 2 de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins, 2010-2011* (A. Dubé-Linteau, R. Pineault et autres, 2013).

7. La détermination du type de médecin de famille, soit généraliste ou spécialiste, est établie à partir de la question Q15 de l'EQES.

également que la proportion de personnes ayant un médecin de famille est plus élevée chez les personnes âgées de 85 ans et plus (96 %) que chez celles âgées de 65 à 74 ans (94 %). Dans la population sans incapacité, la proportion de personnes ayant un médecin de famille augmente d'un groupe d'âge à l'autre entre 25 et 84 ans.

Sauf en ce qui concerne les groupes d'âge avancés (75 à 84 ans et 85 ans et plus), l'affiliation à un médecin de famille est plus répandue dans la population avec incapacité que dans la population sans incapacité (tableau 5.1).

5.1.2 Affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

Chez la population de 15 ans et plus avec incapacité, le fait d'avoir un médecin de famille est associé à certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques.

Ainsi, la proportion de personnes ayant accès à un tel praticien est plus élevée dans les groupes suivants (tableau 5.2) :

- les Canadiens de naissance (86 %);
- les personnes vivant seules (88 %);
- les personnes sans diplôme d'études secondaires (89 %).

Par ailleurs, elle est moins élevée au sein du groupe suivant :

- les immigrants récents (au Canada depuis moins de 5 ans) (44 %*).

Il est à souligner que l'enquête ne permet pas de détecter de différence quant à l'affiliation à un médecin de famille selon le niveau de revenu du ménage des personnes avec incapacité.

Tableau 5.2
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, populations de 15 ans et plus[1] avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Statut d'immigration		
Canadien de naissance	86,3	78,2
Immigrant récent (moins de 5 ans)[a]	44,4*	36,8
Immigrant de longue date (5 ans et plus)	82,5	64,4
Fait de vivre seul		
Oui	87,9	71,2
Non	84,7	75,8
Niveau de scolarité		
Sans diplôme d'études secondaires	88,9	81,0
Diplôme d'études secondaires	84,8	75,2
Diplôme d'études collégiales	82,8	75,3
Diplôme d'études universitaires	83,4	71,8
Niveau de revenu du ménage[b]		
Sous le seuil de faible revenu	85,4	69,2
Au-dessus du seuil de faible revenu	85,5	76,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Chez les immigrants récents, le test global du Khi-deux entre la variable « médecin de famille » et la variable « incapacité » est non significatif au seuil de 5 %.

b. Chez la population avec incapacité, le test global du Khi-deux entre la variable « médecin de famille » et la variable « niveau de revenu du ménage » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Dans la population sans incapacité, le profil de résultats est légèrement différent (tableau 5.2). En effet, chez celle-ci, les personnes vivant seules sont proportionnellement moins nombreuses que celles ne vivant pas seules à avoir un médecin de famille. Il en est de même des personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu, comparativement à celles appartenant à un ménage vivant au-dessus du seuil de faible revenu.

Lorsque l'on compare les deux populations, on observe ce qui suit : la proportion de personnes ayant un médecin de famille est plus élevée dans celle avec incapacité que dans celle sans incapacité, sauf en ce qui a trait au groupe des immigrants récents, chez qui la différence n'est pas significative (tableau 5.2).

5.1.3 Affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé et à l'incapacité

Chez les personnes déclarant un seul problème de santé de longue durée, la proportion de celles ayant un médecin de famille est moins élevée dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité

Chez les personnes ayant une incapacité, celles déclarant deux problèmes de santé de longue durée ou plus (94 %) sont proportionnellement plus nombreuses que les autres à avoir un médecin de famille (tableau 5.3). À l'opposé, celles sans aucun problème de santé de longue durée sont les moins nombreuses à avoir un médecin de famille (73 %). Un profil de résultats similaire est observé dans la population sans incapacité.

La population avec incapacité se démarque en ce qui a trait aux personnes sans problème de santé de longue durée et à celles qui en déclarent un seul (tableau 5.3) : au sein du premier groupe, la proportion d'individus ayant un médecin de famille est plus élevée dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité (73 % c. 67 %) ; au sein du deuxième groupe, la proportion de personnes ayant un tel médecin est moins élevée dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité (85 % c. 87 %). En présence de deux problèmes de santé de longue durée ou plus, les deux populations ne se distinguent pas significativement quant à l'affiliation à un médecin de famille.

Tableau 5.3
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, populations de 15 ans et plus[1] avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Aucun problème de santé	72,8	67,3
Un problème de santé	84,8	87,2
Deux problèmes de santé ou plus[a]	93,6	94,0

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

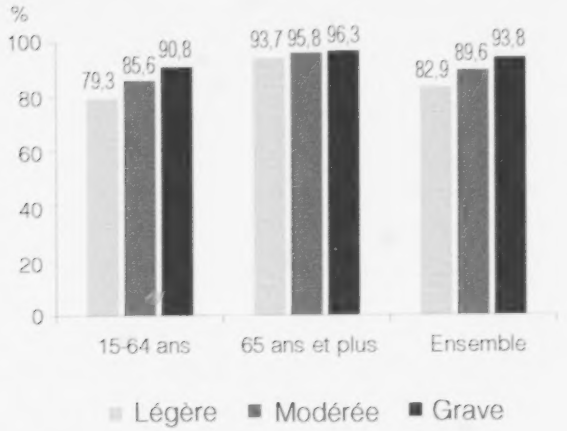
a. Chez les personnes déclarant deux problèmes de santé de longue durée ou plus, le test global du Khi-deux entre la variable « médecin de famille » et la variable « incapacité » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Chez les personnes avec incapacité, la vaste majorité de celles ayant une incapacité modérée ou grave ont un médecin de famille. Cette proportion croît avec la gravité de l'incapacité

Chez les personnes avec incapacité, celles ayant une incapacité modérée ou une incapacité grave ont très majoritairement un médecin de famille (figure 5.1). La proportion de personnes concernées croît en fonction de la gravité de leur incapacité, passant de 83 % chez celles ayant une incapacité légère, à 90 % chez celles ayant une incapacité modérée, puis à 94 % chez celles ayant une incapacité grave. Il en est de même chez les personnes âgées de 15 à 64 ans. Chez les 65 ans et plus, l'enquête détecte un écart statistiquement significatif entre les personnes ayant une incapacité légère (94 %) et celles ayant une incapacité modérée ou grave (96 %).

Figure 5.1
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

L'affiliation à un médecin de famille est plus répandue chez les personnes ayant certains types d'incapacité, soit celles liées à l'audition, à la mobilité, à l'agilité ou à la mémoire

Chez les personnes avec incapacité, celles ayant une incapacité liée à l'audition sont proportionnellement plus nombreuses à avoir un médecin de famille que celles qui n'ont pas ce type d'incapacité (88 % c. 85 %) (tableau 5.4). Un résultat allant dans le même sens est noté pour les types d'incapacité suivants : la mobilité, l'agilité et la mémoire. Une situation inverse est observée en ce qui concerne les personnes ayant une incapacité liée à l'apprentissage et celles ayant une incapacité de nature indéterminée, puisque le fait d'avoir un médecin de famille est moins répandu chez elles.

Tableau 5.4
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon le type d'incapacité[1], population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Ayant ce type d'incapacité	N'ayant pas ce type d'incapacité
	%	
Audition	88,0	84,8
Visiona	85,7	85,4
Parole[a]	89,2	85,3
Mobilité	91,5	81,4
Agilité	89,6	82,0
Apprentissage	77,6	86,9
Mémoire	88,1	84,9
Déficience intellectuelle/TED[3]	81,3	85,6
Psychologique[a]	85,6	85,4
Indéterminée[3]	82,4	85,8

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.
2. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.
3. Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

a. Les tests globaux du Khi-deux entre les variables « vision », « parole », « déficience intellectuelle/TED » ou « psychologique » et la variable « médecin de famille » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

5.1.4 Affiliation à un médecin de famille selon la région sociosanitaire

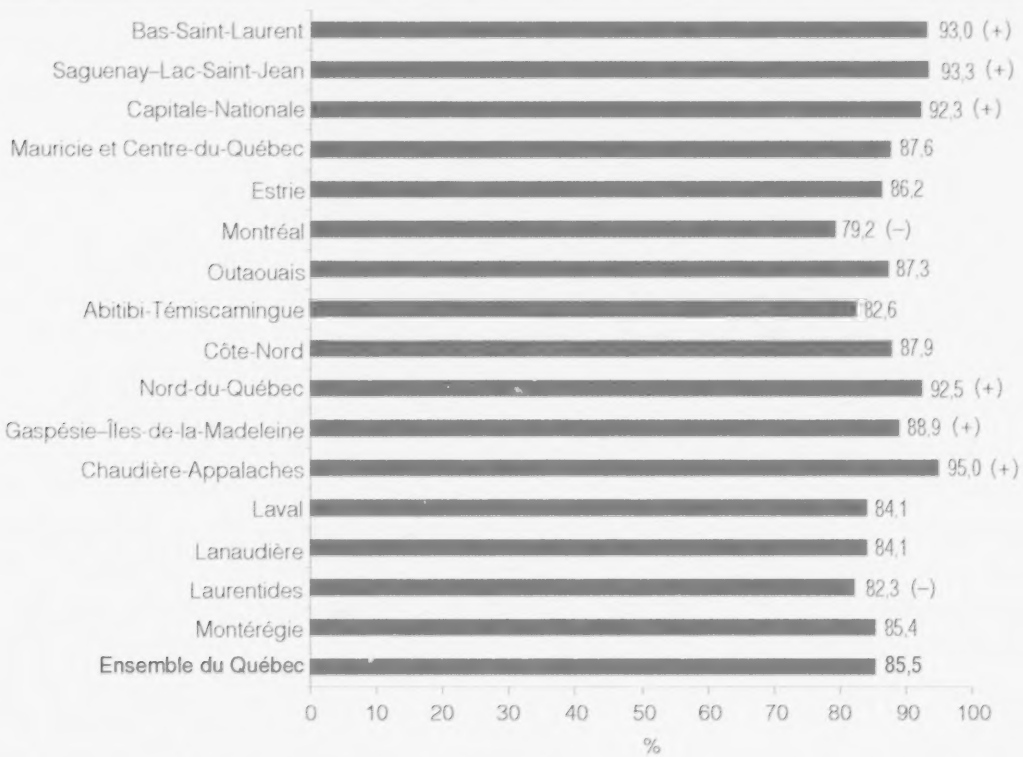
La proportion de personnes avec incapacité ayant un médecin de famille se situe entre 79 % et 95 % selon la région sociosanitaire (figure 5.2). Six régions présentent une proportion de personnes ayant un médecin de famille supérieure à celle observée dans le reste du Québec (Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Nord-du-Québec, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Chaudière-Appalaches), tandis que les régions de Montréal et des Laurentides affichent une proportion plus faible.

5.1.5 Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le sexe et l'âge

Environ 11 % des personnes ayant une incapacité n'ont pas de médecin de famille et ressentent le besoin d'en avoir un; cette situation touche plus particulièrement les hommes et les 15 à 64 ans

D'après l'EQES, 13 % des Québécois et des Québécoises âgés de 15 ans et plus n'ont pas de médecin de famille et ressentent le besoin d'en avoir un[8]. En d'autres termes,

Figure 5.2
Proportion de personnes ayant un médecin de famille selon la région sociosanitaire, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Note : Les signes (+) et (–) indiquent que la proportion de la région correspondante est significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

8. Pour plus de détails sur l'affiliation auprès d'un médecin de famille pour l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus, voir le volume 2 de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins, 2010-2011* (A. Dubé-Linteau, R. Pineault et autres, 2013).

dans la population québécoise, un peu plus d'une personne sur dix a un besoin non comblé à cet égard. Dans la population avec incapacité, la proportion de personnes dans cette situation est de 11 %, à titre comparatif, dans la population sans incapacité, cette proportion s'élève à 14 % (tableau 5.5).

Tableau 5.5
Proportion de personnes n'ayant pas de médecin de famille selon le besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille, populations de 15 ans et plus[1] avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Avec besoin non comblé d'affiliation	10,6	14,4
Sans besoin non comblé d'affiliation	3,9	10,5
Ensemble de la population	**14,5**	**24,9**

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Le tableau 5.6 présente la proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le sexe et l'âge. Toutes proportions gardées, chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité, davantage d'hommes que de femmes ont un tel besoin non comblé (12 % c. 9 %). Il en est de même dans la population sans incapacité.

Sur le plan de l'âge, l'enquête montre qu'une proportion plus élevée de personnes avec incapacité âgées de 15 à 64 ans présentent un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille, comparativement à celles âgées de 65 ans et plus (14 % c. 3,6 %) (tableau 5.6). On observe une différence similaire entre ces grands groupes d'âge dans la population sans incapacité.

Une analyse plus fine du besoin non comblé selon l'âge chez les personnes avec incapacité révèle des écarts marqués entre les groupes d'âge (tableau 5.6). Ainsi, la proportion de personnes dans cette situation est plus élevée au sein des groupes d'âge suivants : les 15 à 24 ans (14 %) et les 25 à 49 ans (18 %). Par contre, elle est moins élevée au sein des deux groupes d'âge les plus avancés : les 75 à 84 ans (2,5 %*) et les 85 ans et plus (2,4 %*).

Tableau 5.6
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus[1] avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Sexe		
Hommes	12,3	15,5
Femmes	9,1	13,2
Groupe d'âge		
15-64 ans	13,8	15,8
15-24 ans	14,5	11,1
25-49 ans	18,2	20,5
50-64 ans	9,2	10,0
65 ans et plus	3,6	3,5
65-74 ans	4,8	4,5
75-84 ans	2,5*	1,3**
85 ans et plus	2,4*	x
Ensemble de la population	**10,6**	**14,4**
Pe (k)	235,3	638,1

x Donnée confidentielle.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Des différences entre la population avec incapacité et celle sans incapacité sont observées autant chez les hommes que chez les femmes (tableau 5.6). On remarque, par exemple, que la proportion d'hommes présentant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille est moins élevée dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité (12 % c. 16 %). Il en est de même des femmes avec incapacité comparées à celles sans incapacité (9 % c. 13 %).

Des différences entre les deux populations sont aussi constatées pour certains groupes d'âge (tableau 5.6). Chez les 15 à 24 ans, la proportion de personnes ayant un besoin non comblé est plus élevée dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité (14 % c. 11 %). L'inverse est noté chez les 25 à 49 ans, la proportion d'individus dans cette situation y étant moindre dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité (18 % c. 20 %).

5.1.6 Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

Chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité, le besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille est lié à quelques caractéristiques sociodémographiques et économiques. Ainsi, la proportion de personnes avec incapacité ayant un tel besoin non comblé est plus élevée au sein des groupes suivants (tableau 5.7) :

- les immigrants récents (au Canada depuis moins de 5 ans) (45 %*) ;
- les personnes ne vivant pas seules (11 %).

Par contre, elle est moins élevée dans les groupes suivants :

- les Canadiens de naissance (10 %) ;
- les personnes sans diplôme d'études secondaires (7 %).

Tableau 5.7
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, populations de 15 ans et plus[1] avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Statut d'immigration		
Canadien de naissance	9,8	11,8
Immigrant récent (moins de 5 ans)[a]	45,3*	45,5
Immigrant de longue date (5 ans et plus)	13,8	24,1
Fait de vivre seul		
Oui	8,7	16,0
Non	11,2	14,1
Niveau de scolarité		
Sans diplôme d'études secondaires	6,7	7,3
Diplôme d'études secondaires	10,9	12,2
Diplôme d'études collégiales	13,3	14,6
Diplôme d'études universitaires	13,8	19,6
Niveau de revenu du ménage[b]		
Sous le seuil de faible revenu	10,7	19,0
Au-dessus du seuil de faible revenu	10,6	13,7

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Chez les immigrants récents, le test global du Khi-deux entre la variable « besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille » et la variable « incapacité » est non significatif au seuil de 5 %.

b. Dans la population avec incapacité, le test global du Khi-deux entre la variable « besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille » et la variable « niveau de revenu du ménage » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

D'après les données de l'enquête, la part des personnes avec incapacité ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille ne diffère pas significativement en fonction du niveau de revenu du ménage.

Dans la population sans incapacité, la proportion de personnes présentant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille est plus élevée chez les groupes suivants : les immigrants récents (46 %), les personnes vivant seules (16 %), les personnes détenant un diplôme d'études universitaires (20 %) et les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (19 %) (tableau 5.7).

La comparaison entre la population avec incapacité et celle sans incapacité indique que la proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille est plus faible dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité, sauf parmi les groupes suivants : les immigrants récents, les personnes sans diplôme et celles détenant un diplôme d'études secondaires ou collégiales (tableau 5.7).

5.1.7 Besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé et à l'incapacité

La proportion de personnes présentant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille chez les personnes déclarant un seul problème de santé de longue durée est plus élevée dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité

Chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité, le besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille varie aussi en fonction du nombre de problèmes de santé de longue durée. Ainsi, la proportion de personnes ayant un tel besoin non comblé est plus élevée parmi celles sans problème de santé de longue durée, comparativement à celles déclarant un seul problème (17 % c. 12 %). Les personnes déclarant deux problèmes de santé de longue durée ou plus affichent la proportion la moins élevée à cet égard (6 %) (tableau 5.8). On observe un profil de résultats semblable dans la population sans incapacité.

Lorsque l'on compare la population avec incapacité à celle sans incapacité, il ressort que la proportion de personnes présentant un besoin non comblé d'affiliation est plus élevée chez celles déclarant un seul problème de santé de longue durée avec incapacité que chez celles sans incapacité (12 % c. 10 %) (tableau 5.8).

Tableau 5.8
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, populations de 15 ans et plus[1] avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Aucun problème de santé	17,2	17,9
Un problème de santé	12,0	9,5
Deux problèmes de santé ou plus[a]	5,6	4,7

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Chez les personnes déclarant deux problèmes de santé de longue durée ou plus, le test global du Khi deux entre la variable « besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille » et la variable « incapacité » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Les personnes ayant une incapacité légère sont proportionnellement plus nombreuses à présenter un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille que celles ayant une incapacité modérée ou grave.

Lorsque l'on tient compte de la gravité de l'incapacité, c'est parmi les personnes ayant une incapacité grave que l'on trouve la proportion la plus faible d'individus ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille (4,8 %*) (tableau 5.9). En comparaison, 8 % des personnes ayant une incapacité modérée présentent un tel besoin et une proportion plus élevée encore de celles ayant une incapacité légère (12 %). Les écarts statistiquement significatifs entre les proportions notés chez l'ensemble des personnes avec incapacité sont aussi observés chez les 15 à 64 ans.

Tableau 5.9
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	15-64 ans	65 ans et plus[a]	Ensemble
	%		
Légère	15,0	4,1	12,2
Modérée	11,7	3,3*	8,4
Grave	7,2*	1,1**	4,8*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Chez les personnes de 65 ans et plus, le test global du Khi deux entre la variable « besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille » et la variable « gravité de l'incapacité » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

5.2 Endroit habituel de soins

5.2.1 Endroit habituel de soins selon le sexe et l'âge

Chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité, près de neuf sur dix ont un endroit habituel pour recevoir leurs soins de santé généraux; la proportion est plus faible chez les hommes et les 15 à 64 ans

Au Québec, 85 % de la population âgée de 15 ans et plus a un lieu où elle consulte habituellement un médecin pour ses soins de santé généraux[9], selon les données de l'EQES (données non présentées). Dans la population avec incapacité, 89 % des personnes ont une telle ressource. Chez les personnes sans incapacité, la proportion est de 82 % (tableau 5.10).

Chez les personnes avec incapacité, la proportion de celles ayant un endroit habituel de soins varie en fonction du sexe et de l'âge. L'enquête montre ainsi que 92 % des femmes ayant une incapacité ont un lieu habituel de soins; une proportion légèrement moindre des hommes ayant une incapacité, soit 86 %, ont une telle ressource (tableau 5.10). Sur le plan de l'âge, les données indiquent que la vaste majorité (95 %) des personnes avec incapacité âgées de 65 ans et plus ont un lieu habituel de soins; par contre, une proportion nettement moindre de celles de 15 à 64 ans avec incapacité sont dans cette

Tableau 5.10
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon le sexe et l'âge, populations de 15 ans et plus[1] avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Sexe		
Hommes	85,6	77,1
Femmes	91,9	87,8
Groupe d'âge		
15-64 ans	86,0	80,9
15-24 ans[b]	77,8	75,8
25-49 ans	84,0	78,5
50-64 ans	91,0	89,1
65 ans et plus[a]	95,3	94,1
65-74 ans	95,2	93,1
75-84 ans[b]	96,1	96,7
85 ans et plus[b]	93,9	93,7
Ensemble de la population	**88,9**	**82,4**
Pe (k)	1 969,3	3 655,8

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, le test global du Khi deux entre la variable « avoir un endroit habituel de soins » et la variable « incapacité » est non significatif au seuil de 5 %.

b. Chez les personnes âgées de 15 à 24 ans, de 75 à 84 ans ou de 85 ans et plus, les tests globaux du Khi deux entre la variable « endroit habituel de soins » et la variable « incapacité » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

9. Pour plus de détails sur l'endroit habituel de soins pour l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus, voir le volume 2 de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins, 2010-2011* (A. Dubé-Linteau, R. Pineault et autres, 2013).

situation (86 %). On remarque plus particulièrement qu'entre 15 et 74 ans, la proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins augmente d'un groupe d'âge à l'autre, passant de 78 % chez les 15 à 24 ans à 95 % chez les 65 à 74 ans. Puis, à l'égard des groupes d'âge plus avancés, les données révèlent un léger écart entre les personnes de 75 à 84 ans (96 %) et celles de 85 ans et plus (94 %). Des profils de résultats selon le sexe et l'âge relativement semblables sont constatés dans la population sans incapacité.

Il ressort de la comparaison de la population avec incapacité et celle sans incapacité que la proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins est plus élevée dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité, et cela, autant chez les hommes (86 % c. 77 %) que chez les femmes (92 % c. 88 %) et chez les 15 à 64 ans (86 % c. 81 %) (tableau 5.10).

5.2.2 Endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

Chez les personnes avec incapacité, la proportion de celles ayant un endroit habituel de soins varie en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques. Cette proportion est notamment plus élevée au sein des groupes suivants (tableau 5.11) :

- les personnes vivant seules (92 %);
- les personnes sans diplôme d'études secondaires (91 %).

Elle est toutefois moins élevée dans le groupe suivant :

- les immigrants récents (au Canada depuis moins de 5 ans) (61 %).

Les données ne permettent pas de distinguer de manière significative les personnes avec incapacité appartenant à un ménage sous le seuil de faible revenu de celles dont la situation financière est plus favorable quant au fait d'avoir un endroit habituel où consulter un médecin pour leurs soins de santé généraux.

Tableau 5.11
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, populations de 15 ans et plus[1] avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Statut d'immigration		
Canadien de naissance	89,4	84,4
Immigrant récent (moins de 5 ans)[a]	60,9	56,4
Immigrant de longue date (5 ans et plus)	87,6	75,8
Fait de vivre seul		
Oui	91,7	79,5
Non	88,1	82,9
Niveau de scolarité		
Sans diplôme d'études secondaires	91,1	86,2
Diplôme d'études secondaires	88,0	82,8
Diplôme d'études collégiales	88,0	82,9
Diplôme d'études universitaires	87,0	79,7
Niveau de revenu du ménage[b]		
Sous le seuil de faible revenu	89,6	80,0
Au-dessus du seuil de faible revenu	88,7	82,8

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Chez les immigrants récents, le test global du Khi-deux entre la variable « endroit habituel de soins » et la variable « incapacité » est non significatif au seuil de 5 %.

b. Dans la population avec incapacité, le test global du Khi-deux entre la variable « endroit habituel de soins » et la variable « niveau de revenu du ménage » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Dans la population sans incapacité, les immigrants récents, les personnes vivant seules, les personnes détenant un diplôme d'études universitaires et celles appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu présentent les proportions les moins élevées de personnes ayant un lieu habituel de soins (tableau 5.11).

Lorsque l'on compare les populations avec et sans incapacité, un écart en faveur des personnes avec incapacité est toujours observé, sauf dans le cas des immigrants récents, qui affichent des proportions semblables d'individus ayant un endroit habituel de soins (tableau 5.11).

5.2.3 Endroit habituel de soins selon certaines caractéristiques liées à la santé et à l'incapacité

Les personnes avec incapacité déclarant un seul problème de santé de longue durée sont, en proportion, moins nombreuses que celles sans incapacité à avoir un endroit habituel de soins

Chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité, la proportion de celles ayant un endroit habituel de soins varie aussi en fonction de certaines caractéristiques liées à la santé et à l'incapacité. Ainsi, lorsque l'on tient compte du nombre de problèmes de santé de longue durée, on remarque que cette proportion diminue, de 95 % chez les personnes comptant deux problèmes de santé de longue durée ou plus à 89 % chez celles déclarant un seul problème de santé de longue durée, pour finalement représenter 80 % chez celles sans problème de santé de longue durée (tableau 5.12). Un profil de résultats similaire est constaté dans la population sans incapacité.

On note deux écarts entre la population avec incapacité et celle sans incapacité (tableau 5.12) : toutes proportions gardées, les personnes avec incapacité sans problème de santé de longue durée sont plus nombreuses à avoir un endroit habituel de soins, comparativement à celles sans incapacité (80 % c. 77 %). À l'inverse, les personnes avec incapacité déclarant un seul problème de santé de longue durée sont proportionnellement moins nombreuses par rapport à celles sans incapacité à avoir un endroit habituel de soins (89 % c. 91 %).

Tableau 5.12
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, populations de 15 ans et plus[1] avec et sans incapacité, Québec, 2010-2011

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Aucun problème de santé	79,6	76,9
Un problème de santé	88,5	91,0
Deux problèmes de santé ou plus[a]	94,5	95,6

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Chez les personnes déclarant deux problèmes de santé de longue durée ou plus, le test global du Khi-deux entre la variable « endroit habituel de soins » et la variable « incapacité » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Toutes proportions gardées, les personnes ayant une incapacité grave ou modérée sont plus nombreuses à avoir un endroit habituel de soins, comparativement aux personnes dont l'incapacité est légère

La proportion de personnes avec incapacité ayant un endroit habituel de soins croît avec la gravité de l'incapacité, passant de 87 %, chez celles ayant une incapacité légère, à 93 % et 93 %, respectivement, chez celles ayant une incapacité modérée ou grave (tableau 5.13). Un examen détaillé selon l'âge montre que chez les 15 à 64 ans, plus particulièrement, les personnes ayant une incapacité modérée ou une incapacité grave sont proportionnellement plus nombreuses que celles ayant une incapacité légère à avoir un endroit habituel de soins (93 % et 90 % c. 84 %).

Tableau 5.13
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon la gravité de l'incapacité et l'âge, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	15-64 ans	65 ans et plus[a]	Ensemble
	%		
Légère	84,4	95,1	87,0
Modérée	90,0	96,5	92,6
Grave	92,8	94,0	93,5

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Chez les personnes de 65 ans et plus, le test global du Khi-deux entre la variable « endroit habituel de soins » et la variable « gravité de l'incapacité » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Les personnes ayant une incapacité liée à l'apprentissage sont proportionnellement moins nombreuses à avoir un endroit habituel de soins, comparativement à celles n'ayant pas ce type d'incapacité

Lorsque l'on examine la proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins en fonction du type d'incapacité, il s'avère que les personnes ayant une incapacité liée à l'audition, à la parole, à la mobilité ou à l'agilité sont, en proportion, plus nombreuses à avoir un endroit habituel de soins que celles qui n'ont pas ce type d'incapacité. On fait le constat inverse en ce qui concerne les personnes ayant une incapacité liée à l'apprentissage (tableau 5.14).

Tableau 5.14
Proportion de personnes ayant un endroit habituel de soins selon le type d'incapacité[1], population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Ayant ce type d'incapacité	N'ayant pas ce type d'incapacité
	%	
Audition	90,9	88,3
Vision[a]	88,7	88,9
Parole	92,6	88,7
Mobilité	93,2	86,0
Agilité	91,8	86,4
Apprentissage	81,7	90,1
Mémoire[a]	90,3	88,6
Déficience intellectuelle/TED[a]	85,6	89,0
Psychologique[a]	89,2	88,9
Indéterminée[3,a]	86,9	89,2

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

2. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.

3. Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

a. Les tests globaux du Khi-deux entre les variables « vision », « mémoire », « déficience intellectuelle/TED », « psychologique » ou « indéterminée » et la variable « endroit habituel de soins » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

5.2.4 Type d'endroit habituel de soins

Les personnes de 15 ans et plus avec incapacité rapportent majoritairement la clinique ou le bureau de médecin comme endroit habituel de soins

À l'exemple de l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus[10], la grande majorité des personnes avec incapacité ayant un endroit habituel de soins, soit 83 %, consultent un médecin dans une clinique ou un bureau de médecin (tableau 5.15). Parmi les autres personnes avec incapacité, 7 % consultent dans un CLSC, 3,0 % à l'urgence d'un hôpital, 3,7 % à la clinique externe d'un hôpital, et 3,4 % reçoivent leurs soins dans un autre endroit. L'enquête montre également que 64 % des personnes avec incapacité reçoivent habituellement leurs soins dans un endroit habituel de soins (clinique, bureau de médecin ou CLSC) qui est un groupe de médecine de famille[11].

Le profil de résultats de la population avec incapacité se distingue de celui de la population sans incapacité à l'égard de quelques endroits habituels de soins (tableau 5.15). Ainsi, en proportion, un peu moins de personnes avec incapacité que de personnes sans incapacité reçoivent habituellement leurs soins dans un CLSC (7 % c. 8 %) ou à l'urgence d'un hôpital (3,0 % c. 3,6 %). Par contre, une proportion plus élevée d'individus avec incapacité les reçoivent dans un autre endroit que ceux mentionnés ci-dessus (3,4 % c. 1,4 %)[12].

Tableau 5.15
Type d'endroit habituel de soins, populations de 15 ans et plus[1] avec et sans incapacité ayant un endroit habituel de soins, Québec, 2010-2011

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Clinique ou bureau de médecin	82,8	83,7
CLSC	7,1	8,2
Urgence d'un hôpital	3,0	3,6
Clinique externe d'un hôpital	3,7	3,1
Autre[2]	3,4	1,4
Groupe de médecine de famille[3, a]	63,9	64,2

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

2. La catégorie d'endroit « autre » inclut les cliniques de médecin dans les résidences privées pour aînés et le médecin qui se rend à domicile.

3. L'indicateur portant sur l'inscription à un groupe de médecine de famille présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 % qui est surtout attribuable au choix de réponse « Ne sais pas ». Pour plus de détails, voir les aspects méthodologiques de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011* (EQES) (A. Dubé-Linteau, R. Pineault et autres, 2013).

a. Le test global du Khi-deux entre la variable « groupe de médecine de famille » et la variable « incapacité » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

10. Pour plus de détails sur l'endroit habituel de soins pour l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus, voir le volume 2 de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins, 2010-2011* (A. Dubé-Linteau, R. Pineault et autres, 2013).

11. L'indicateur portant sur l'inscription à un groupe de médecine de famille est tiré des questions Q4 et Q5 de l'EQES. Cet indicateur présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %, qui est surtout attribuable au choix de réponse « Ne sais pas ». Pour plus de détails, voir les aspects méthodologiques du volume 2 de l'EQES (A. Dubé-Linteau, R. Pineault et autres, 2013).

12. Ce résultat est en partie attribuable à l'inclusion des cliniques de médecin situées dans les résidences privées pour aînés et le médecin qui se rend à domicile dans la catégorie « autre » de la variable « endroit habituel de soins ».

5.3 Consultation auprès du médecin de famille et besoin non comblé

Comme il a été mentionné en introduction, cette partie du chapitre dresse un portrait de la consultation auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois et du besoin non comblé en cette matière, chez les personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité. Les analyses reposent sur l'expérience vécue par celles ayant un généraliste (omnipraticien) pour médecin de famille, soit 80 % des personnes avec incapacité[13].

5.3.1 Consultation auprès du médecin de famille selon le sexe et l'âge

Sur une période de 12 mois, un peu plus du quart des personnes avec incapacité ayant un médecin de famille ont consulté ce dernier une seule fois, tandis que quatre personnes sur dix l'ont consulté trois fois ou plus

L'EQLAV montre que la très grande majorité (90 %) des personnes de 15 ans et plus avec incapacité ayant un médecin de famille ont consulté celui-ci au moins une fois au cours d'une période de 12 mois. Plus précisément, environ 40 % des personnes avec incapacité ont consulté leur médecin de famille trois fois ou plus, 24 % l'ont rencontré à deux reprises, 26 % l'ont visité une seule fois et 10 % ne l'ont pas consulté du tout (tableau 5.16). La consultation auprès du médecin de famille varie selon le sexe, l'âge et d'autres caractéristiques. Dans les analyses qui suivent, une attention particulière est portée aux résultats concernant la fréquence de consultation « au moins une fois » et « trois fois ou plus ».

Tableau 5.16
Consultation auprès du médecin de famille[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011

	Aucune fois	Une fois	Deux fois	Trois fois ou plus	Au moins une fois
			%		
Sexe					
Hommes	11,9	28,3	24,6	35,2	88,1
Femmes	8,5	24,7	23,3	43,5	91,5
Groupe d'âge					
15-64 ans	12,4	28,3	22,5	36,8	87,6
15-24 ans	22,8	32,1	21,0	24,2	77,2
25-49 ans	14,8	28,8	20,2	36,1	85,2
50-64 ans	7,8	27,0	24,6	40,5	92,2
65 ans et plus	5,6	22,6	26,5	45,3	94,4
65-74 ans	5,4	24,3	26,9	43,4	94,6
75-84 ans	5,2*	22,1	27,3	45,4	94,8
85 ans et plus	6,8	18,9	23,8	50,4	93,2
Ensemble	**10,0**	**26,3**	**23,9**	**39,8**	**90,0**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Consultation auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

13. Pour plus de détails, voir la section 5.1, à la page 107.

Chez les personnes avec incapacité, les hommes et les personnes de 15 à 64 ans consultent moins fréquemment leur médecin de famille

Chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité ayant un médecin de famille, 92 % des femmes, comparativement à 88 % des hommes, ont consulté ce dernier au moins une fois sur une période de 12 mois (tableau 5.16). Plus précisément, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à l'avoir consulté trois fois ou plus (44 % c. 35 %). À l'inverse, les hommes sont proportionnellement plus nombreux à l'avoir consulté une seule fois (28 % c. 25 %) ou pas du tout (12 % c. 8 %). Une analyse plus fine de la consultation en fonction de l'âge montre qu'une proportion plus élevée de femmes que d'hommes âgés de 15 à 24 ans ou de 25 à 49 ans ont consulté leur médecin de famille au moins une fois (15 à 24 ans : 88 % c. 66 %; 25 à 49 ans : 89 % c. 80 %) (données non présentées).

Sur le plan de l'âge, les personnes de 65 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses que celles de 15 à 64 ans à avoir consulté leur médecin de famille au moins une fois au cours de la période de référence (94 % c. 88 %) (tableau 5.16). Une analyse plus fine de la fréquence des consultations indique que les personnes avec incapacité âgées de 65 ans et plus sont, en proportion, plus nombreuses que celles de 15 à 64 ans à avoir consulté leur médecin deux fois (27 % c. 22 %) ou trois fois ou plus (45 % c. 37 %). À l'opposé, les personnes avec incapacité âgées entre 15 et 64 ans sont proportionnellement plus nombreuses à avoir consulté leur médecin de famille une seule fois (28 % c. 23 %) ou pas du tout (12 % c. 6 %). En ce qui concerne les personnes avec incapacité ayant un âge avancé, il est à noter que 45 % des 75 à 84 ans et 50 % des 85 ans et plus ont consulté leur médecin de famille trois fois ou plus.

5.3.2 Consultation auprès du médecin de famille selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

La fréquence à laquelle les personnes avec incapacité consultent leur médecin de famille généraliste est associée à certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques. Ainsi, la proportion de personnes avec incapacité ayant consulté au moins une fois leur médecin de famille au cours d'une période de 12 mois est plus élevée au sein des groupes suivants (tableau 5.17) :

- les personnes vivant seules (92 %);
- les personnes sans diplôme d'études secondaires (92 %);
- les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (92 %).

La proportion de personnes avec incapacité ayant consulté leur médecin de famille trois fois ou plus est plus élevée dans les groupes suivants :

- les personnes vivant seules (48 %);
- les personnes sans diplôme d'études secondaires (45 %);
- les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (46 %).

Tableau 5.17
Consultation auprès du médecin de famille[1] selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011

	Aucune fois	Une fois	Deux fois	Trois fois ou plus	Au moins une fois
			%		
Fait de vivre seul					
Oui	7,9	22,2	22,1	47,9	92,1
Non	10,6	27,6	24,5	37,3	89,4
Niveau de scolarité					
Sans diplôme d'études secondaires	8,0	22,8	24,4	44,9	92,0
Diplôme d'études secondaires	10,8	28,2	22,1	38,8	89,2
Diplôme d'études collégiales	11,7	27,5	23,4	37,4	88,3
Diplôme d'études universitaires	10,7	29,0	25,2	35,1	89,3
Niveau de revenu du ménage					
Sous le seuil de faible revenu	8,1	21,0	25,0	45,9	91,9
Au-dessus du seuil de faible revenu	10,5	28,1	23,4	37,9	89,5

1. Consultation auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

5.3.3 Consultation auprès du médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à la santé et à l'incapacité

Près d'une personne sur deux avec incapacité déclarant deux problèmes de santé de longue durée ou plus a consulté son médecin de famille trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois

Chez les personnes avec incapacité, la fréquence des consultations varie aussi en fonction de certaines caractéristiques liées à leur santé et à leur incapacité. Les données présentées au tableau 5.18 exposent la relation entre la consultation auprès du médecin de famille et le nombre de problèmes de santé de longue durée déclaré par les personnes ayant une incapacité. Elles montrent, en premier lieu, que la proportion de personnes ayant consulté leur médecin au moins une fois sur une période de 12 mois passe de 79 %, chez les personnes avec incapacité sans aucun problème de santé de longue durée, à 89 % chez celles qui en déclarent un seul, pour finalement représenter 95 % de celles en mentionnent deux ou plus. L'enquête révèle, en second lieu, que les personnes avec incapacité déclarant deux problèmes de santé de longue durée ou plus présentent la proportion la plus élevée (49 %) de celles ayant consulté leur médecin de famille trois fois ou plus. En contrepartie, les personnes avec incapacité sans problème de santé de longue durée affichent la plus faible proportion (22 %) de celles ayant consulté leur médecin de famille à une telle fréquence.

Tableau 5.18
Consultation auprès du médecin de famille[1] selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011

	Aucune fois	Une fois	Deux fois	Trois fois ou plus	Au moins une fois
			%		
Aucun problème de santé	20,5	36,2	20,8	22,4	79,5
Un problème de santé	10,6	29,8	23,6	36,0	89,4
Deux problèmes de santé ou plus	5,2	20,4	25,3	49,2	94,8

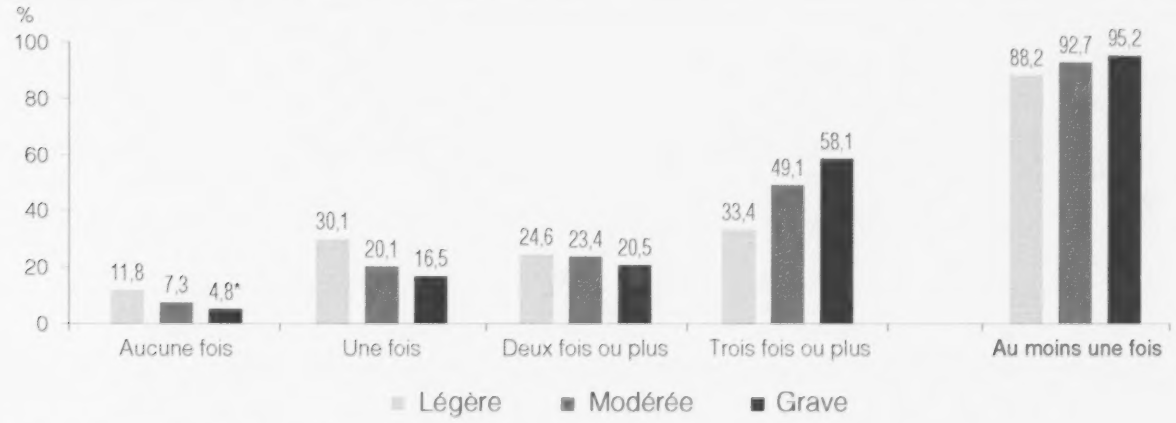
1. Consultation auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Environ 58 % des personnes ayant une incapacité grave et 49 % de celles ayant une incapacité modérée ont consulté leur médecin de famille trois fois ou plus sur une période de 12 mois

Ainsi qu'il est illustré à la figure 5.3, 95 % des personnes ayant une incapacité grave, comparativement à 93 % de celles ayant une incapacité modérée et à 88 % de celles ayant une incapacité légère, ont consulté leur médecin de famille au moins une fois au cours d'une période de 12 mois. Plus précisément, près de trois personnes sur cinq (58 %) ayant une incapacité grave l'ont rencontré trois fois ou plus. Une proportion moindre de personnes ayant une incapacité modérée ont consulté à une telle fréquence, soit près d'une sur deux (49 %). Toutefois, chez les personnes ayant une incapacité légère, c'est une personne sur trois (33 %) qui a consulté sur cette base.

Figure 5.3
Consultation auprès du médecin de famille[1] selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
1. Consultation auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

La consultation auprès du médecin de famille est associée à certains types d'incapacité, comme la mobilité, l'agilité, la mémoire ou l'incapacité de nature psychologique

La proportion de personnes ayant consulté leur médecin de famille au moins une fois au cours d'une période de 12 mois varie selon le type d'incapacité. Ainsi, les personnes ayant une incapacité liée à la mobilité, à l'agilité, à la mémoire ou à des troubles de nature psychologique sont proportionnellement plus nombreuses que celles qui n'ont pas le type d'incapacité en question à avoir consulté leur médecin de famille au moins une fois (tableau 5.19). Par contre, les personnes ayant une incapacité liée à l'apprentissage ou à une déficience intellectuelle/TED sont, en proportion, moins nombreuses dans cette situation que celles qui n'ont pas ce type d'incapacité.

Tableau 5.19
Consultation au moins une fois[1] auprès du médecin de famille selon le type d'incapacité[2], population de 15 ans et plus[3] avec incapacité ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011

	Ayant ce type d'incapacité	N'ayant pas ce type d'incapacité
	%	
Audition[4]	89,1	90,2
Vision[4]	89,6	90,1
Parole[4]	93,4	89,9
Mobilité	93,4	87,4
Agilité	92,5	87,6
Apprentissage	83,8	90,8
Mémoire	92,5	89,5
Déficience intellectuelle/TED	84,3	90,1
Psychologique	94,9	89,3
Indéterminée[4, a]	90,0	90,0

1. Consultation auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois.
2. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
4. Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « consultation auprès du médecin de famille » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

5.3.4 Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon le sexe et l'âge

Environ 17 % des personnes avec incapacité ayant un médecin de famille ont eu besoin de le consulter sans pouvoir le faire. Les femmes et les personnes de 15 à 64 ans expriment davantage un tel besoin non comblé de consultation

D'après l'EQLAV, sur une période de 12 mois, environ 17 % des personnes de 15 ans et plus avec incapacité ayant un médecin de famille ont eu besoin d'une consultation sans pouvoir l'obtenir (tableau 5.20). Toutes proportions gardées, les femmes sont plus touchées que les hommes par un tel besoin non comblé (21 % c. 13 %). Il en est de même des personnes âgées de 15 à 64 ans par rapport à celles de 65 ans et plus (20 % c. 12 %). Les variations selon l'âge révèlent plus particulièrement qu'en comparaison des autres groupes d'âge, celui des 25 à 49 ans affiche la proportion la plus élevée de personnes ayant un besoin non comblé (24 %).

Tableau 5.20
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	12,7
Femmes	21,2
Groupe d'âge	
15-64 ans	20,5
15-24 ans	15,9
25-49 ans	24,1
50-64 ans	18,7
65 ans et plus	11,6
65-74 ans	12,3
75-84 ans	11,7
85 ans et plus	9,3
Ensemble	17,4

1. Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Une analyse plus fine des écarts entre les sexes selon chacun des groupes d'âge révèle l'ampleur du besoin des femmes avec incapacité. En effet, à l'exception des 85 ans et plus, et quel que soit le groupe d'âge examiné, la proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation auprès de leur médecin de famille est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (figure 5.4).

5.3.5 Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

La proportion de personnes avec incapacité présentant un besoin non comblé de consultation auprès de leur médecin de famille varie selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques. Cette proportion est moins élevée dans les groupes suivants (tableau 5.21):

- les personnes vivant seules (15 %);
- les personnes sans diplôme d'études secondaires et celles ayant un diplôme d'études secondaires (respectivement 14 % et 15 %).

L'enquête ne détecte pas d'association entre le besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille et le niveau de revenu du ménage.

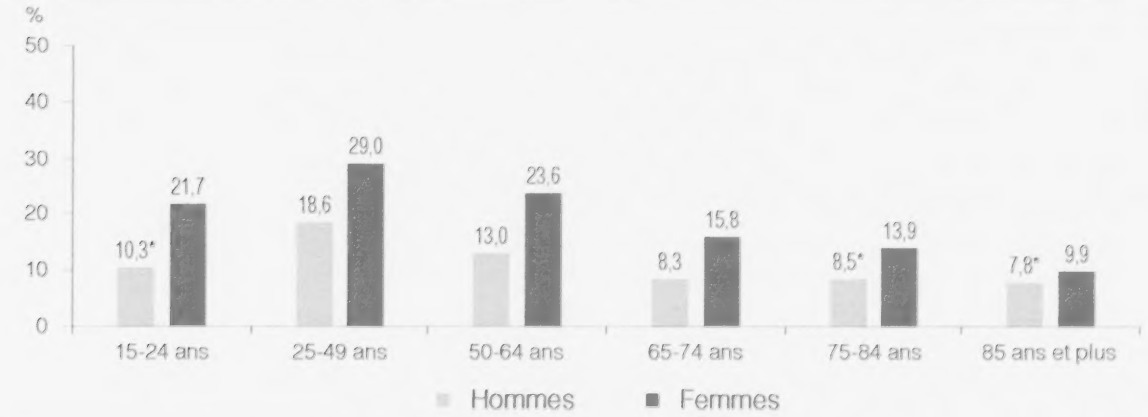
Tableau 5.21
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille[1] selon le fait de vivre seul et le niveau de scolarité, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011

	%
Fait de vivre seul	
Oui	15,0
Non	18,1
Niveau de scolarité	
Sans diplôme d'études secondaires	14,0
Diplôme d'études secondaires	15,2
Diplôme d'études collégiales	22,2
Diplôme d'études universitaires	20,5

1. Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Figure 5.4
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

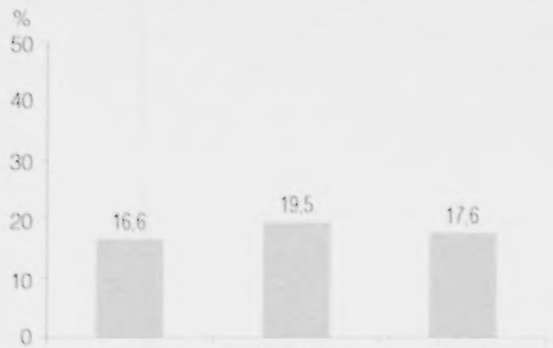
1. Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

5.3.6 Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité

Le besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille est aussi associé à la gravité de l'incapacité. L'enquête montre que la proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation est plus élevée chez celles ayant une incapacité modérée que chez celles ayant une incapacité légère (20 % c. 17 %) (figure 5.5). Par ailleurs, la proportion de personnes ayant une incapacité grave signalant un tel besoin est de 18 %. Lorsque l'on tient compte du type d'incapacité, l'enquête détecte un écart statistiquement significatif uniquement entre les personnes ayant une incapacité de nature psychologique et celles qui n'ont pas ce type d'incapacité (22 % c. 17 %) (données non présentées).

Figure 5.5
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille[1] selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité ayant un médecin de famille généraliste, Québec, 2010-2011



1. Besoin non comblé de consultation auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

5.3.7 Expérience vécue lors du plus récent épisode de besoin de consulter le médecin de famille

Dans la population de 15 ans et plus avec incapacité ayant un médecin de famille généraliste, environ 93 % des personnes ont eu besoin de le consulter au moins une fois au cours d'une période de 12 mois[14] (donnée non présentée). Parmi ces personnes, 92 % ont pu le rencontrer la dernière fois (ou l'unique fois) qu'elles en ont eu besoin[15] (tableau 5.22). Plus de huit personnes sur dix (85 %) jugent raisonnable le délai écoulé entre le début de leurs démarches en vue d'obtenir une consultation et le moment de cette consultation[16] (donnée non présentée).

Tableau 5.22
Proportion de personnes ayant pu consulter leur médecin de famille lors du dernier (seul) épisode de besoin de consultation, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité ayant un médecin de famille généraliste et ayant eu besoin de le consulter au moins une fois[2], Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	93,3
Femmes	90,2
Groupe d'âge	
15-64 ans	89,9
65 ans et plus	94,5
Ensemble	**91,6**

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
2. Besoin de consultation auprès du médecin de famille au cours d'une période de 12 mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

14. L'indicateur visant à documenter le besoin de consultation du médecin de famille généraliste au cours d'une période de 12 mois est construit à partir de la question FF2.
15. L'indicateur visant à documenter le fait d'avoir pu consulter le médecin de famille généraliste à la suite du dernier (seul) épisode de besoin ressenti au cours d'une période de 12 mois est construit à partir de la question FF2. Sont exclues les personnes ayant mentionné ne pas avoir eu besoin de consulter au cours de la période de référence.
16. La variable visant à qualifier le délai entre le moment où les démarches pour voir le médecin ont commencé et le moment de la consultation est tirée de la question FF3A. Cette variable présente un taux de non-réponse partielle supérieur à 5 %. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

Davantage d'hommes que de femmes avec incapacité ont pu consulter leur médecin de famille la dernière fois (ou l'unique fois) qu'ils ont eu besoin de le faire (tableau 5.22). Il en est de même des personnes de 65 ans et plus avec incapacité par rapport à celles de 15 à 64 ans (94 % c. 90 %). Il est à noter que 95 % des personnes avec incapacité âgées de 85 ans et plus ont pu consulter leur médecin de famille la dernière fois (ou l'unique fois) qu'elles en ont ressenti le besoin.

Parmi les personnes avec incapacité n'ayant pas pu rencontrer leur médecin de famille la dernière fois (ou l'unique fois) qu'elles ont eu besoin de le faire (soit 8 %), une sur deux (50 %) a consulté un autre médecin ou un autre professionnel de la santé[17]. Parmi ces personnes, 31 % ont vu un autre médecin de la même clinique (ou du même CLSC) que leur médecin de famille, 36 % se sont dirigées vers un médecin d'une autre clinique (ou d'un autre CLSC), 29 % se sont présentées à l'urgence d'un hôpital, approximativement 5,2 %* ont consulté un autre professionnel de la santé, 2,2 %** ont contacté Info-Santé et, enfin, 3,6 %** ont eu accès à une autre source[18] (données non présentées).

Tout compte fait, sur l'ensemble des personnes avec incapacité ayant un médecin de famille et qui ont eu besoin de le consulter au moins une fois au cours d'une année, environ 4,2 % n'ont pas pu le faire la dernière fois (ou l'unique fois) qu'elles en ont eu besoin, et elles n'ont pas consulté un autre médecin ou un autre professionnel de la santé à cette occasion. L'enquête ne détecte pas d'écart statistiquement significatif entre les sexes sur ce plan. Elle montre par contre que la proportion de personnes avec incapacité se trouvant dans cette situation est plus élevée chez les 15 à 64 ans (5 %) que chez les 65 ans et plus (2,4 %) (données non présentées).

17. La variable visant à documenter le fait de consulter un autre médecin ou un autre professionnel de la santé est tirée de la question FF3B.

18. Les variables décrivant le médecin ou le professionnel de la santé consulté sont construites à partir de la question FF3C. Une personne peut avoir consulté plus d'un médecin ou professionnel de la santé.

6 MÉDECINS SPÉCIALISTES

GAËTANE DUBÉ

Faits saillants

- Environ 47 % des personnes avec incapacité sont suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste: 51 % sont des femmes, 59 % sont âgées de 65 ans et plus, 62 % ont une incapacité grave et 56 % ont une incapacité modérée.

- Les personnes dont le profil de l'incapacité est plus défavorable consultent davantage leurs médecins spécialistes au cours d'une période de 12 mois. Ainsi, parmi les personnes qui sont suivies régulièrement, 69 % de celles ayant une incapacité modérée et une part plus élevée, soit 75 %, de celles dont l'incapacité est grave ont consulté leur médecin à deux occasions ou plus. Chez les personnes avec incapacité légère, cette proportion est de 58 % et pour l'ensemble de la population avec incapacité, elle est de 63 %.

- Environ 13 % des personnes avec incapacité présentent un besoin non comblé de consultation auprès de leurs médecins spécialistes. On trouve une proportion plus élevée au sein des groupes suivants: les femmes (15 %), les 25 à 49 ans (18 %), les personnes ayant un diplôme d'études universitaires (20 %), celles ayant une incapacité modérée ou grave (respectivement 15 % et 17 %), et celles déclarant un problème de santé de longue durée ou encore deux problèmes de santé ou plus (respectivement 13 % et 14 %).

L'étude de l'utilisation des services de santé et des services sociaux se poursuit ici par la description de la consultation auprès des médecins spécialistes chez les personnes âgées de 15 ans et plus avec incapacité, vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel[1]. D'après l'enquête, presque la moitié de la population à l'étude (47 %) est suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste. Le concept de suivi réfère ici aux rencontres régulières[2] que les personnes ont avec un ou plusieurs médecins spécialistes au sujet de leur état de santé. Le chapitre dresse d'abord un portrait des caractéristiques sociodémographiques, économiques[3], liées à l'incapacité[4] et à la santé[5] de ces personnes. Par la suite, à l'exemple du chapitre précédent, la consultation auprès de ce type de médecin au cours d'une période de 12 mois et le besoin non comblé à cet égard sont analysés. Le portrait de la consultation repose sur l'expérience vécue par les personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste. Celui du besoin non comblé est établi à partir de l'expérience de l'ensemble des personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité. Les données se rapportant à ces thèmes sont elles aussi analysées en fonction du sexe, de l'âge et, lorsque l'enquête le permet, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, économiques ou liées à la santé et à l'incapacité.

1. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).
2. Dans l'enquête, l'expression « rencontres régulières » signifie que le ou les médecins ont été consultés plus d'une fois et qu'ils peuvent être consultés au besoin. Ces rencontres peuvent avoir lieu plusieurs fois par année, une seule fois ou même aux deux ans.
3. Pour plus de détails sur les variables sociodémographiques et économiques, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 3, à la page 66.
4. Pour plus de détails sur la gravité et le type d'incapacité, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 2, à la page 54.
5. Pour plus de détails sur la variable « nombre de problèmes de santé de longue durée », voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 4, à la page 87.

Indicateurs utilisés

Médecin spécialiste : Indicateur déterminant les personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste (par exemple : un cardiologue, un endocrinologue, un ophtalmologiste, etc.) [Indicateurs construits à partir des questions FF10A et FF10B].

Consultation auprès d'un médecin spécialiste : Indicateur établissant le nombre de consultations auprès d'un médecin spécialiste au cours d'une période de 12 mois chez les personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste. Cet indicateur est présenté en trois catégories (aucune fois; une fois; deux fois ou plus). Si la personne est suivie régulièrement par deux ou plusieurs médecins spécialistes, le nombre total de consultations auprès de ces médecins pendant la période de référence est pris en compte [Indicateur construit à partir de la question FF11].

Besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin d'une consultation auprès d'un médecin spécialiste au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir. Cet indicateur se rapporte aux personnes, qu'elles soient ou non suivies régulièrement par un médecin spécialiste [Indicateur construit à partir de la question FF12A]. Une variante de cet indicateur tient compte de l'information selon laquelle au moins une consultation n'ayant pu être obtenue avait été recommandée par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux. Il s'agit alors d'un « **besoin non comblé d'une consultation recommandée** » [Indicateurs construits à partir des questions FF12A et FF14].

Type de médecin spécialiste : Indicateur établissant les personnes suivies régulièrement pour chaque type de médecin spécialiste. Une personne peut être suivie par plus d'un type de médecin [Indicateur construit à partir de la question FF10C].

Besoin non comblé de consultation par type de médecin spécialiste : Indicateurs déterminant, pour chaque type de médecin spécialiste, les personnes qui ont eu besoin d'une consultation auprès de ce médecin au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir. Ces indicateurs se rapportent aux personnes, qu'elles soient ou non suivies régulièrement par un médecin spécialiste. Une personne peut déclarer un besoin non comblé de consultation à l'égard de plus d'un type de médecin [Indicateurs construits à partir des questions FF12A et FF12B].

6.1 Suivi régulier et consultation auprès d'un médecin spécialiste

Cette section traite d'abord du suivi régulier par au moins un médecin spécialiste et examine par la suite, plus en détails, la consultation au cours d'une période de 12 mois chez les individus qui sont suivis régulièrement par un tel médecin. Comme il a été rapporté en introduction, près d'une personne avec incapacité sur deux (47 %) est suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste (tableau 6.1). Cette proportion varie selon le sexe et l'âge.

6.1.1 Suivi régulier par un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge

Chez les personnes avec incapacité, une femme sur deux et près de trois personnes de 65 ans et plus sur cinq sont suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste

L'enquête montre que davantage de femmes que d'hommes sont suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste (51 % c. 43 %) (tableau 6.1). C'est aussi le cas de près de trois personnes sur cinq (59 %) âgées de 65 ans et plus, comparativement à deux sur cinq (41 %) de celles âgées de 15 à 64 ans. Sur le plan de l'âge, il ressort plus particulièrement que la proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste croît rapidement, passant de 26 % chez les 15 à 24 ans, à 38 % chez les 25 à 49 ans, ensuite à 50 % chez les 50 à 64 ans, puis à 60 % chez les groupes d'âge situés entre 65 et 84 ans. Enfin, une personne sur deux (51 %) âgée de 85 ans et plus est suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste.

Tableau 6.1
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

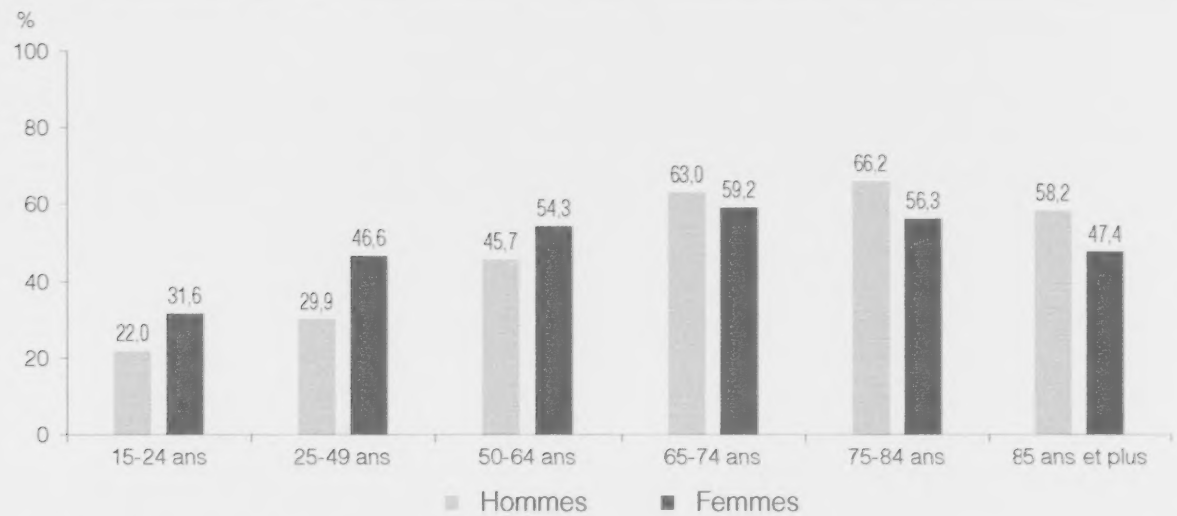
	%
Sexe	
Hommes	42,8
Femmes	50,6
Groupe d'âge	
15-64 ans	41,4
15-24 ans	26,3
25-49 ans	38,1
50-64 ans	50,1
65 ans et plus	59,0
65-74 ans	61,0
75-84 ans	60,3
85 ans et plus	50,8
Ensemble	**46,9**

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Une analyse plus fine des variations observées selon le sexe en fonction de chacun des groupes d'âge (figure 6.1) révèle qu'avant 65 ans, la proportion de personnes suivies par au moins un médecin spécialiste est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Ce résultat est sans doute en partie attribuable au suivi médical des femmes pendant la grossesse et la maternité, comme en témoigne l'écart marqué observé entre les femmes et les hommes appartenant au groupe des 25 à 49 ans. Après 65 ans, on observe la situation inverse, davantage d'hommes que de femmes sont suivis régulièrement par au moins un spécialiste principalement au sein des groupes d'âge plus avancés, soit les 75 à 84 ans et les 85 ans et plus.

Figure 6.1
Proportions d'hommes et de femmes suivis régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon l'âge, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

6.1.2 Suivi régulier par un médecin spécialiste selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

Le fait d'être suivi régulièrement par au moins un médecin spécialiste est lié à certaines variables sociodémographiques et économiques (tableau 6.2). On remarque, par exemple, que la proportion de personnes qui sont dans cette situation est plus élevée dans les groupes suivants:

- les immigrants de longue date (au Canada depuis 5 ans ou plus) (55 %);
- les personnes vivant seules (50 %);
- les personnes ayant un diplôme d'études universitaires (53 %).

À l'inverse, on trouve dans les groupes suivants les proportions les moins élevées:

- les immigrants récents (au Canada depuis moins de 5 ans) (24 %*);
- les personnes ayant un diplôme d'études secondaires ou un diplôme d'études collégiales (44 % dans les deux cas).

D'après les données de l'enquête, la part des personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste ne diffère pas significativement en fonction du niveau de revenu du ménage.

Tableau 6.2
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	%
Statut d'immigration	
Canadien de naissance	46,2
Immigrant récent (moins de 5 ans)	24,1*
Immigrant de longue date (5 ans ou plus)	54,8
Fait de vivre seul	
Oui	49,5
Non	46,1
Niveau de scolarité	
Sans diplôme d'études secondaires	47,6
Diplôme d'études secondaires	43,7
Diplôme d'études collégiales	43,7
Diplôme d'études universitaires	53,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

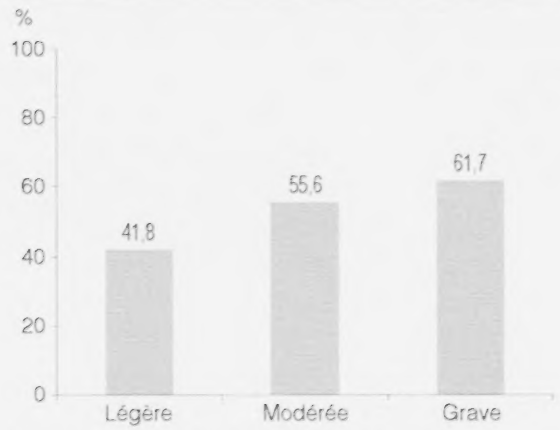
Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

6.1.3 Suivi régulier par un médecin spécialiste selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité et à la santé

Les personnes ayant une incapacité grave ou modérée sont proportionnellement plus nombreuses que celles ayant une incapacité légère à être suivies par au moins un médecin spécialiste

Le fait d'être suivi régulièrement par au moins un médecin spécialiste varie également en fonction de certaines variables liées à l'incapacité et à la santé, comme la gravité et le type d'incapacité ou encore le nombre de problèmes de santé de longue durée. L'enquête montre à cet égard que les personnes ayant une incapacité grave se distinguent de celles qui en ont une modérée (62 % c. 56 %) (figure 6.2). Ces dernières se différencient à leur tour nettement de celles ayant une incapacité légère (42 %), en étant proportionnellement plus nombreuses.

Figure 6.2
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011



1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Les personnes ayant une incapacité liée à la vision, à la parole, à la mobilité ou à l'agilité sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses que celles qui n'ont pas l'un de ces types d'incapacité à être suivies par un médecin spécialiste

Chez les personnes avec incapacité, la proportion de celles suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste varie également selon le type d'incapacité (tableau 6.3). Les données montrent que cette proportion est plus élevée parmi les individus ayant une incapacité liée à la vision, à la parole, à la mobilité ou à l'agilité que chez ceux qui n'ont pas ce type d'incapacité. À l'opposé, les personnes ayant une incapacité liée à l'apprentissage ou à une déficience intellectuelle/TED sont proportionnellement moins nombreuses à être ainsi suivies que celles n'ayant pas cette incapacité.

Tableau 6.3
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon le type d'incapacité[1], population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Ayant ce type d'incapacité	N'ayant pas ce type d'incapacité
	%	
Audition[a]	48,4	46,4
Vision	51,3	46,1
Parole	53,1	46,6
Mobilité	56,2	40,7
Agilité	53,9	41,0
Apprentissage	36,4	48,6
Mémoire[a]	49,1	46,4
Déficience intellectuelle/TED	37,0	47,2
Psychologique[a]	47,3	46,6
Indéterminée[3, a]	45,8	47,0

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

a. Les tests globaux du Khi deux entre les variables « audition », « mémoire », « psychologique » ou « indéterminée » et la variable « médecin spécialiste » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Environ trois personnes avec incapacité sur cinq qui déclarent deux problèmes de santé de longue durée ou plus sont suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste

Le fait d'être suivi régulièrement par au moins un médecin spécialiste est aussi lié au nombre de problèmes de santé de longue durée déclaré par les personnes avec incapacité (tableau 6.4). L'enquête indique à cet égard que 60 % de celles qui déclarent deux problèmes de santé de longue durée ou plus sont ainsi suivies. En comparaison, 46 % de celles déclarant un seul problème le sont. Les personnes avec incapacité sans problème de santé de longue durée affichent quant à elles la proportion la plus faible à cet égard (24 %).

Tableau 6.4
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	%
Aucun problème de santé	24,4
Un problème de santé	46,2
Deux problèmes de santé ou plus	60,1

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

6.1.4 Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon le sexe et l'âge

Au-delà de trois personnes ayant une incapacité sur cinq suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste ont consulté ce dernier deux fois ou plus au cours d'une période de 12 mois

Parmi les personnes de 15 ans et plus avec incapacité suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste, 63 % ont consulté ce médecin à deux occasions ou plus au cours d'une période de 12 mois, 29 % l'ont consulté une seule fois et 7 % ne l'ont pas consulté du tout (tableau 6.5). La consultation auprès d'un médecin spécialiste n'est pas associée au sexe des individus mais varie en fonction de leur âge.

On remarque, par exemple, que la proportion de personnes avec incapacité ayant consulté deux fois ou plus est plus élevée chez celles de 65 ans et plus que chez celles de 15 à 64 ans (66 % c. 61 %). L'enquête indique plus particulièrement que les personnes avec incapacité âgées de 50 à 64 ans sont, en proportion, un peu moins nombreuses que celles âgées de 65 à 74 ans ou de 75 à 84 ans à avoir consulté un médecin spécialiste deux fois ou plus au cours de l'année précédant l'enquête (60 % c. 65 % et 68 %).

Tableau 6.5
Consultation auprès d'un médecin spécialiste[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste, Québec, 2010-2011

	Aucune fois	Une fois	Deux fois ou plus
		%	
Sexe[a]			
Hommes	8,3	27,7	64,0
Femmes	6,9	30,8	62,3
Groupe d'âge			
15-64 ans	**9,1**	**29,5**	**61,4**
15-24 ans	16,3*	23,8	59,8
25-49 ans	9,2	26,7	64,0
50-64 ans	7,8	32,5	59,8
65 ans et plus	**5,0**	**29,4**	**65,6**
65-74 ans	5,2	30,1	64,8
75-84 ans	4,6*	27,5	68,0
85 ans et plus	5,7*	31,6	62,7
Ensemble	**7,5**	**29,4**	**63,1**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « consultation auprès d'un médecin spécialiste » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

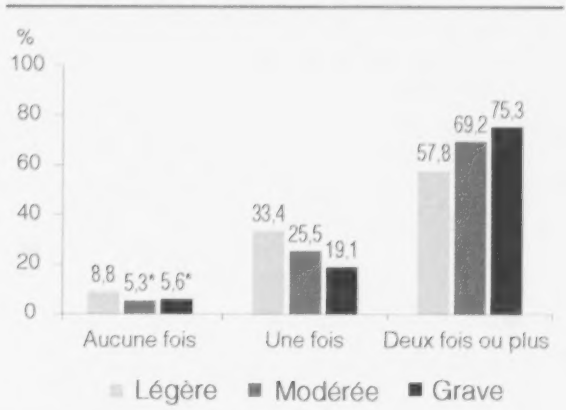
6.1.5 Consultation auprès d'un médecin spécialiste selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité et à la santé

Trois personnes sur quatre ayant une incapacité grave et suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste ont consulté ce dernier deux fois ou plus au cours d'une période de 12 mois

Chez les personnes avec incapacité suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste, le nombre de consultations effectuées au cours d'une période de 12 mois est lié à la gravité de leur incapacité (figure 6.3). On note plus particulièrement que la proportion de personnes avec incapacité ayant consulté deux fois ou plus un médecin spécialiste augmente d'un niveau de gravité à l'autre, passant de 58 % chez celles ayant une incapacité légère, à 69 % chez celles qui en ont une modérée, pour finalement représenter 75 % de celles ayant une incapacité grave. La situation inverse est observée en ce qui a trait aux personnes avec incapacité ayant vu une seule fois un médecin spécialiste au cours de la période de référence; la proportion de personnes ayant consulté à cette fréquence passe de 33 % chez celles ayant une incapacité légère à 26 % chez celles avec incapacité modérée, puis à 19 % chez celles qui ont une incapacité grave.

Chez les personnes avec incapacité suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste, la consultation auprès de ce dernier varie de plus en fonction du nombre de problèmes de santé de longue durée (tableau 6.6). L'enquête montre à cet égard que la proportion de personnes ayant consulté un médecin spécialiste à deux reprises ou plus est plus élevée parmi celles qui déclarent un seul problème de santé de longue durée et parmi celles en déclarant deux ou plus que chez celles sans problème de santé de longue durée (63 % et 66 % c. 49 %). En corollaire, les personnes mentionnant un seul problème de santé de longue durée et celles en rapportant deux ou plus sont, en proportion, moins nombreuses que celles sans problème de santé de longue durée à avoir consulté un médecin spécialiste une seule fois (respectivement 28 % c. 38 %).

Figure 6.3
Consultation auprès d'un médecin spécialiste[1] selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste, Québec, 2010-2011



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Tableau 6.6
Consultation auprès d'un médecin spécialiste[1] selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité suivie régulièrement par au moins un médecin spécialiste, Québec, 2010-2011

	Aucune fois	Une fois	Deux fois ou plus
		%	
Aucun problème de santé	13,6	37,8	48,6
Un problème de santé	8,4	28,2	63,4
Deux problèmes de santé ou plus	5,8	27,9	66,3

1. Au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

6.2 Besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste

Un peu plus d'une personne avec incapacité sur dix présente un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste

L'enquête estime à environ 13 % la proportion de personnes de 15 ans et plus avec incapacité qui, au cours d'une période de 12 mois, ont eu besoin de consulter un médecin spécialiste, sans pouvoir le faire (tableau 6.7). La proportion chute à 8 % lorsque le besoin non comblé concerne au moins une consultation ayant fait l'objet d'une recommandation par un médecin ou par un autre professionnel de la santé et des services sociaux. La proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste varie selon le sexe et l'âge des individus.

6.2.1 Besoin non comblé selon le sexe et l'âge

L'enquête montre que la proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (15 % c. 11 %) (tableau 6.7). Il en est de même des personnes âgées de 15 à 64 ans par rapport à celles de 65 ans et plus (15 % c. 7 %). Les variations selon l'âge révèlent, plus précisément, que la proportion d'individus dans cette situation est plus importante au sein du groupe des 25 à 49 ans (18 %); à l'opposé, elle est moins forte au sein du groupe des 85 ans et plus (4,0 %). Les résultats d'une analyse plus fine des écarts entre les sexes en fonction de l'âge (figure 6.4) montrent que le besoin non comblé de consultation est plus fréquemment observé chez les femmes des trois groupes d'âge les plus jeunes (15 à 24 ans, 25 à 49 ans et 50 à 64 ans). Enfin, un profil de résultats similaire est constaté lorsque l'on tient compte du besoin non comblé de consultation recommandée par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux.

Tableau 6.7
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

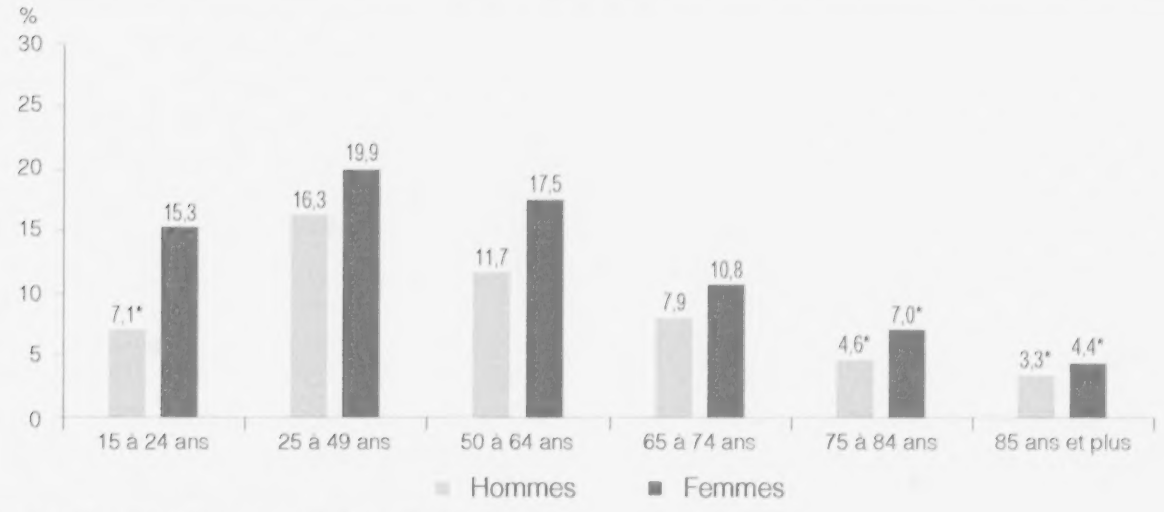
	Besoin non comblé de consultation	Besoin non comblé d'une consultation recommandée[3]
	%	
Sexe		
Hommes	11,0	7,1
Femmes	14,7	9,6
Groupe d'âge		
15-64 ans	**15,5**	**10,1**
15-24 ans	10,7	4,9*
25-49 ans	18,1	11,5
50-64 ans	14,7	10,6
65 ans et plus	**7,3**	**4,8**
65-74 ans	9,4	6,5
75-84 ans	6,0	3,6*
85 ans et plus	4,0	2,3*
Ensemble	**12,9**	**8,4**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Besoin non comblé au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Consultation recommandée par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Figure 6.4
Proportions d'hommes et de femmes présentant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste[1] selon l'âge, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Besoin non comblé au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010 2011.*

6.2.2 Besoin non comblé selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

Le besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste est associé à une seule des caractéristiques sociodémographiques et économiques analysées (tableau 6.8). On note que la proportion de personnes avec incapacité dans cette situation est plus élevée dans le groupe suivant :

- les personnes ayant un diplôme d'études universitaires (20 %).

Par ailleurs, elle est moins élevée au sein du groupe suivant :

- les personnes sans diplôme d'études secondaires (8 %).

Tableau 6.8
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste[1] selon le niveau de scolarité, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	%
Niveau de scolarité	
Sans diplôme d'études secondaires	7,8
Diplôme d'études secondaires	13,5
Diplôme d'études collégiales	14,2
Diplôme d'études universitaires	19,5

1. Besoin non comblé au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source: Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010 2011.*

6.2.3 Besoin non comblé selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité et à la santé

Le besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste est plus répandu chez les personnes ayant une incapacité grave ou modérée que chez celles ayant une incapacité légère

La proportion de personnes avec incapacité qui présentent un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste varie en fonction de la gravité de l'incapacité et du nombre de problèmes de santé de longue durée. Comme l'illustre la figure 6.5, la proportion d'individus présentant un tel besoin est plus élevée chez ceux ayant une incapacité modérée ou grave que parmi ceux avec incapacité légère (17 % et 15 % c. 12 %). Le profil de résultats est similaire lorsque l'on tient compte de la présence d'un besoin non comblé de consultation recommandée (données non présentées).

Figure 6.5
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste[1] selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

1. Besoin non comblé au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Chez les personnes ayant une incapacité, le besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste d'après le nombre de problèmes de santé de longue durée déclaré, est le suivant (tableau 6.9) : la proportion de personnes présentant un tel besoin est plus élevée chez celles déclarant un seul problème et chez celles en déclarant deux ou plus que chez celles sans problème de santé de longue durée (13 % et 14 % c. 11 %). Une fois encore, un profil de résultat semblable est observé lorsque l'analyse porte sur le besoin non comblé de consultation recommandée (données non présentées).

Tableau 6.9
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation auprès d'un médecin spécialiste[1] selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	%
Aucun problème de santé	10,8
Un problème de santé	14,5
Deux problèmes de santé ou plus	13,2

1. Besoin non comblé au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

6.2.4 Suivi régulier et besoin non comblé de consultation selon le type de médecin spécialiste

Le tableau 6.10 présente la proportion de personnes de 15 ans et plus avec incapacité suivies régulièrement par un médecin spécialiste selon le type de médecin. On y trouve également la proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation pour chacun des types de médecin. Rappelons qu'une personne peut être suivie par plus d'un type de médecin spécialiste et qu'elle peut également mentionner un besoin non comblé à l'égard de plusieurs d'entre eux.

Les médecins spécialistes les plus fréquemment rapportés sont le cardiologue (9 %), le gynécologue (6 %) et l'ophtalmologiste (10 %). De 2 % à 4 % des personnes avec incapacité sont suivies régulièrement par un chirurgien (2,7 %), un endocrinologue (2,7 %), un gastro-entérologue (2,7 %), un neurologue (4,2 %), un oncologue (2,8 %), un oto-rhino-laryngologiste (ORL) (2,7 %), un orthopédiste (3,3 %), un pneumologue (3,0 %), un psychiatre (2,7 %), un rhumatologue (2,7 %) ou un urologue (4,4 %). Quel que soit le type de médecin spécialiste considéré, de faibles proportions de personnes avec incapacité (entre 0,3 % et 1,8 % selon le cas) présentent un besoin non comblé de consultation à leur égard.

Tableau 6.10
Proportion de personnes suivies régulièrement par un médecin spécialiste et proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation selon le type de médecin spécialiste[1, 2], population de 15 ans et plus[3] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Suivi régulier	Besoin non comblé de consultation
	%	
Cardiologue	9,3	0,9
Chirurgien[4]	2,7	0,6
Dermatologue	1,9	1,5
Endocrinologue	2,7	0,4*
Gastro-entérologue	2,7	1,3
Gynécologue	6,2	1,7
Hématologue	0,8	0,1**
Interniste	0,4*	–
Néphrologue	1,2	–
Neurologue	4,2	0,9
Oncologue	2,8	0,1**
Ophtalmologiste	9,6	0,8
ORL	2,7	0,7
Orthopédiste	3,3	1,8
Pneumologue	3,0	0,5*
Psychiatre	2,7	0,5*
Rhumatologue	2,7	0,6
Urologue	4,4	0,3*
Autre[5]	4,3	1,6

– Donnée infime.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Au cours d'une période de 12 mois.
2. Une personne peut être suivie régulièrement par plus d'un médecin spécialiste ou avoir un besoin non comblé à l'égard de plus d'un médecin spécialiste.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
4. Entrent dans cette catégorie tous les types de chirurgien (dentiste, oncologue, etc.).
5. La catégorie « autre » comprend les spécialités suivantes : allergologue, anesthésiste, gériatre, hépatologue, infectiologue, pédiatre, physiatre, radiologiste et autre indéterminée.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

7 AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

GAËTANE DUBÉ ET LINDA CAZALE

Faits saillants

- Selon l'EQLAV, un peu plus de la moitié des personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité sont suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin. Les dentistes et les optométristes sont les professionnels les plus fréquemment mentionnés.

- Un peu plus de deux personnes sur trois ayant une incapacité suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin ont payé (en tout ou en partie) les frais de consultation de l'un ou l'autre des professionnels consultés au cours d'une période de 12 mois.

- Environ 3,9 % des personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité ont eu besoin à un moment ou à un autre, au cours d'une période de 12 mois d'une consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin, sans pouvoir l'obtenir. Un tel besoin non comblé de consultation touche plus particulièrement les personnes avec incapacité âgées de 15 à 64 ans (4,9 %) de même que celles ayant une incapacité grave (7 %) et celles déclarant un seul problème de santé de longue durée (5 %).

Après avoir documenté la consultation auprès du médecin de famille et celle des médecins spécialistes, le présent chapitre se penche sur la consultation auprès des professionnels de la santé ou des services sociaux autres qu'un médecin. Dans la population de 15 ans et plus avec incapacité vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel[1], un peu plus d'une personne sur deux est suivie régulièrement par un tel professionnel. Le concept de suivi fait ici référence aux rencontres régulières[2] que les personnes ont avec un ou plusieurs professionnels de la santé ou des services sociaux au sujet de leur état de santé. Les professionnels consultés peuvent être, par exemple, une infirmière, un acupuncteur, un audiologiste, un chiropraticien ou un ostéopathe. Il peut s'agir de professionnels œuvrant dans le réseau public ou dans le secteur privé.

Le chapitre dresse d'abord le portrait des personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux, puis celui des personnes qui ont payé pour une consultation et, enfin, celui de celles présentant un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé au cours d'une période de 12 mois. À l'exemple des chapitres précédents, les données se rapportant à ces thèmes sont analysées en fonction du sexe, de l'âge et, lorsque l'enquête le permet, selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques[3] ou liées à l'incapacité[4] et à la santé[5].

1. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).
2. Dans l'enquête, l'expression « rencontres régulières » signifie que le ou les professionnels ont été consultés plus d'une fois et qu'ils peuvent être consultés au besoin. Ces rencontres peuvent avoir lieu plusieurs fois par année, une seule fois ou même aux deux ans.
3. Pour plus de détails sur les variables sociodémographiques et économiques, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 3, à la page 66.
4. Pour plus de détails sur les caractéristiques liées à l'incapacité, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 2, à la page 54.
5. Pour plus de détails sur la variable « nombre de problèmes de santé de longue durée », voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 4, à la page 87.

Indicateurs utilisés

Professionnel de la santé ou des services sociaux : Indicateur déterminant les personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin (par exemple : une infirmière, un physiothérapeute, un psychologue, un optométriste, etc.) [Indicateur construit à partir des questions FF16A, FF16B, FF18A et FF18B].

Type de professionnel de la santé ou des services sociaux consulté : Indicateurs déterminant les personnes suivies régulièrement pour chaque type de professionnel de la santé ou des services sociaux [Indicateurs construits à partir des questions FF16A, FF16B, FF18A, FF18AA, FF18B, FF18BB].

Avoir payé les frais de consultation : Indicateur déterminant les personnes qui ont payé (en tout ou en partie) les frais de consultation de l'un ou l'autre des professionnels de la santé ou des services sociaux consultés au cours d'une période de 12 mois parmi l'ensemble de celles qui sont suivies régulièrement. Le montant déboursé peut avoir été versé par la personne elle-même ou par une assurance privée [Indicateur construit à partir des questions FF16C et FF19].

Besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin d'une consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir. Cet indicateur se rapporte aux personnes qu'elles soient ou non suivies régulièrement par un tel professionnel [Indicateur construit à partir de la question FF20]. Une variante de cet indicateur tient compte de l'information selon laquelle au moins une consultation n'ayant pu être obtenue avait été recommandée par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux. Il s'agit alors d'un « **besoin non comblé de consultation recommandée** » [Indicateur construit à partir des questions FF20 et FF22].

7.1 Suivi régulier et consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux

Un peu plus de la moitié des personnes avec incapacité sont suivies régulièrement par un professionnel de la santé ou des services sociaux. Le dentiste et l'optométriste sont les types de professionnel les plus fréquemment mentionnés

L'enquête révèle que 52 % des personnes de 15 ans et plus avec incapacité sont suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin (tableau 7.1). Comme le montrent les données présentées au tableau 7.1, les types de professionnel rapportés le plus fréquemment par les personnes avec incapacité sont le dentiste (31 %) suivi de l'optométriste (19 %). Les personnes avec incapacité sont suivies régulièrement par les autres types de professionnel dans des proportions de 8 % (cas de l'infirmière) ou moins.

Tableau 7.1
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin[1] selon le type de professionnel, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	%
Chiropraticien	2,6
Dentiste	31,2
Infirmière	8,4
Massothérapeute	2,0
Nutritionniste	0,2**
Optométriste	18,5
Ostéopathe	2,1
Physiothérapeute	5,3
Psychologue[3]	4,2
Travailleur social	0,9
Autre[4]	4,6
Ensemble	51,7

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Une personne peut être suivie par plus d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Cette catégorie comprend également les psychothérapeutes et les thérapeutes en relation d'aide.
4. La catégorie « autre » comprend les professionnels suivants : acupuncteur, audiologiste, diététiste, éducateur spécialisé, ergothérapeute, homéopathe, inhalothérapeute, intervenant en santé mentale, kinésiologue, médecines douces, naturopathe, orthophoniste, pharmacien, podiatre ou podologue et autre.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

7.1.1 Suivi régulier selon le sexe et l'âge

La proportion de personnes avec incapacité suivie régulièrement par un professionnel de la santé est plus élevée chez les femmes et les personnes âgées de 15 à 64 ans

L'enquête révèle que la proportion de personnes de 15 ans et plus avec incapacité suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin varie selon le sexe et l'âge (tableau 7.2). Ainsi, davantage de femmes que d'hommes font l'objet d'un tel suivi (57 % c. 46 %). Il en est de même des personnes avec incapacité âgées de 15 à 64 ans, comparativement à celles de 65 ans et plus (53 % c. 49 %). Les variations selon l'âge montrent que la proportion de personnes faisant l'objet d'un tel suivi diffère peu d'un groupe d'âge à l'autre. L'enquête détecte en effet un écart significatif sur le plan statistique uniquement entre la proportion observée chez les personnes de 75 ans et plus (48 %) et celles enregistrées chez les 25 à 49 ans (54 %) et les 50 à 64 ans (53 %).

Tableau 7.2
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	45,6
Femmes	57,2
Groupe d'âge	
15-64 ans	**52,9**
15-24 ans	50,7
25-49 ans	53,6
50-64 ans	53,0
65 ans et plus	**48,9**
65-74 ans	50,3
75 ans et plus	47,6
Ensemble	**51,7**

1. Une personne peut être suivie par plus d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

7.1.2 Suivi régulier selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

La proportion de personnes avec incapacité suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux fluctue selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques (tableau 7.3). Cette proportion est plus élevée au sein du groupe suivant :

- les personnes ayant un diplôme d'études universitaires (63 %).

À l'opposé, elle est moins élevée au sein des groupes suivants :

- les immigrants récents (au Canada depuis moins de 5 ans) (33 %*);
- les personnes vivant seules (49 %);
- les personnes sans diplôme d'études secondaires (42 %);
- les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (45 %).

Tableau 7.3
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin[1] selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	%
Statut d'immigration	
Canadien de naissance	52,0
Immigrant récent (moins de 5 ans)	32,6*
Immigrant de longue date (5 ans et plus)	50,5
Fait de vivre seul	
Oui	49,0
Non	52,4
Niveau de scolarité	
Sans diplôme d'études secondaires	41,9
Diplôme d'études secondaires	50,8
Diplôme d'études collégiales	56,2
Diplôme d'études universitaires	63,4
Niveau de revenu du ménage	
Sous le seuil de faible revenu	44,8
Au-dessus du seuil de faible revenu	54,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Une personne peut être suivie par plus d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

7.1.3 Suivi régulier selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité et à la santé

La proportion de personnes avec incapacité suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux est plus élevée chez celles ayant une incapacité grave

La proportion des personnes avec incapacité suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux varie également en fonction de certaines caractéristiques liées à l'incapacité et à la santé. Ainsi, par exemple, cette proportion est plus élevée chez les personnes ayant une incapacité grave, comparativement à celles ayant une incapacité modérée ou légère (57 % c. 51 % respectivement) (figure 7.1).

Figure 7.1
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin[1] selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

1. Une personne peut être suivie par plus d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Les personnes déclarant au moins un problème de santé de longue durée sont proportionnellement plus nombreuses à être suivies régulièrement par un professionnel de la santé ou des services sociaux

Par ailleurs, la proportion des personnes avec incapacité suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux est moins élevée chez celles sans problème de santé de longue durée (47 %). En comparaison, 52 % de celles déclarant un seul problème de santé de longue durée font l'objet d'un tel suivi et 55 % de celles qui en déclarent deux ou plus (tableau 7.4).

Tableau 7.4
Proportion de personnes suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin[1] selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	%
Aucun problème de santé	47,0
Un problème de santé	52,1
Deux problèmes de santé ou plus	54,5

1. Une personne peut être suivie par plus d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

7.1.4 Avoir payé les frais de consultation selon le sexe et l'âge

Plus des deux tiers des personnes avec incapacité suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux ont payé pour rencontrer l'un ou l'autre des professionnels consultés. Les femmes et les 15 à 64 ans sont davantage concernés par cette situation

L'enquête révèle que la plupart des personnes avec incapacité suivies régulièrement par un professionnel de la santé ou des services sociaux, soit 67 % d'entre elles, ont payé pour la consultation[6] de l'un ou l'autre des professionnels consultés au cours d'une période de 12 mois (tableau 7.5). Cette proportion diffère en fonction du sexe et de l'âge.

On note ainsi que davantage de femmes que d'hommes l'ont fait (69 % c. 64 %). Sur le plan de l'âge, on remarque que les 15 à 64 ans sont plus enclins à payer que les 65 ans et plus (74 % c. 51 %). On note par ailleurs que la proportion diminue au fil des âges à partir de 65 ans, passant de 58 % chez les 65 à 74 ans, à 47 % chez les 75 à 84 ans, pour finalement se situer à 37 % chez les personnes de 85 ans et plus.

Tableau 7.5
Proportion de personnes ayant payé pour une consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité suivie régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux, Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	64,2
Femmes	69,1
Groupe d'âge	
15-64 ans	**73,8**
15-24 ans	72,3
25-49 ans	75,8
50-64 ans	72,3
65 ans et plus	**50,7**
65-74 ans	58,1
75-84 ans	47,0
85 ans et plus	36,5
Ensemble	**67,0**

1. Ce sont les personnes qui ont payé (en tout ou en partie) les frais de consultation de l'un ou l'autre des professionnels de la santé ou des services sociaux consultés au cours d'une période de 12 mois. Le montant déboursé peut avoir été versé par la personne elle même ou par une assurance privée.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

6. La personne peut avoir payé en tout ou en partie les frais de consultation. Le montant déboursé pour la consultation peut avoir été versé par la personne elle-même ou par une assurance privée.

7.2 Besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux

7.2.1 Besoin non comblé de consultation selon le sexe et l'âge

Environ 3,9 % des personnes avec incapacité ont eu besoin de consulter un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin, sans pouvoir le faire

D'après l'EQLAV, environ 3,9 % des personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité ont un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin, au cours d'une période de 12 mois (tableau 7.6). Cette proportion se situe à 1,9 % lorsque le besoin non comblé concerne au moins une consultation ayant fait l'objet d'une recommandation par un médecin ou par un autre professionnel.

L'enquête ne décèle pas d'écart entre les sexes sur ce plan. Les données montrent toutefois que la proportion de personnes avec incapacité ayant un tel besoin non comblé est plus élevée chez les 15 à 64 ans que chez celles de 65 ans et plus (4,9 % c. 1,6 %) (tableau 7.6). Les variations selon l'âge révèlent des écarts statistiquement significatifs sur ce plan entre les 25 à 49 ans (6 %), les 50 à 64 ans (3,4 %) et les 65 à 74 ans (1,3 %*). Un profil de résultats similaire est constaté lorsque l'analyse porte sur le besoin non comblé de consultation recommandée par un médecin ou par un autre professionnel.

Tableau 7.6
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Besoin non comblé de consultation[a]	Besoin non comblé de consultation recommandée[3]
	%	
Sexe		
Hommes	3,4	1,4*
Femmes	4,3	2,3
Groupe d'âge		
15-64 ans	**4,9**	**2,4**
15-24 ans	5,2*	2,2**
25-49 ans	6,3	3,1
50-64 ans	3,4	1,7
65 ans et plus	**1,6**	**0,7***
65-74 ans	1,3*	0,6**
75-84 ans	2,0*	0,9**
85 ans et plus	1,5*	0,5**
Ensemble	**3,9**	**1,9**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Besoin non comblé au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Consultation recommandée par un médecin ou un autre professionnel de la santé et des services sociaux.

a Le test global du Khi deux entre la variable « besoin non comblé de consultation » et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

7.2.2 Besoin non comblé de consultation selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques ou liées à l'incapacité et à la santé

Le besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux est davantage répandu chez les personnes ayant une incapacité grave et chez celles déclarant un seul problème de santé de longue durée

L'enquête indique que la proportion de personnes avec incapacité ayant un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux varie peu en fonction des caractéristiques sociodémographiques et économiques analysées. Les données (non présentées) montrent à cet égard que la proportion varie uniquement en fonction du fait de vivre seul : cette proportion est un peu plus élevée chez les personnes vivant seules que chez celles ne vivant pas seules (5 % c. 3,5 %).

Figure 7.2
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin[1] selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

1. Besoin non comblé au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Lorsque l'on tient compte des caractéristiques liées à l'incapacité et à la santé, les résultats révèlent que la proportion de personnes avec incapacité présentant un tel besoin non comblé est plus élevée chez les personnes ayant une incapacité grave, comparativement à celles ayant une incapacité modérée ou légère (7 % c. 4,0 % et 3,3 %). Les résultats vont dans le même sens lorsque le besoin non comblé de consultation recommandée est examiné (données non présentées).

Enfin, lorsqu'on prend en considération le nombre de problèmes de santé de longue durée, il ressort que la proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation est plus élevée chez celles déclarant un seul problème de santé de longue durée, en comparaison de celles sans problème de santé de longue durée et de celles qui en déclarent deux ou plus (5 % c. 3,0 % et 3,6 %).

Tableau 7.7
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin[1] selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	%
Aucun problème de santé	3,0
Un problème de santé	5,0
Deux problèmes de santé ou plus	3,6

1. Besoin non comblé au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

8 SERVICES DE L'HÔPITAL ET SERVICES À DOMICILE POSTHOSPITALIERS DU CLSC

LINDA CAZALE ET CLAIRE FOURNIER

Faits saillants

- Environ quatre personnes avec incapacité sur dix (42 %) ont reçu au moins un service hospitalier (consultation à l'urgence, hospitalisation ou chirurgie d'un jour) au cours d'une période de 12 mois.
- L'utilisation de services hospitaliers est plus répandue chez les personnes dont l'incapacité est grave et chez celles ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus.
- Près de 9 % des personnes avec incapacité ayant reçu au moins un service hospitalier au cours d'une période de 12 mois ont obtenu des services à domicile du CLSC à la suite de leur dernière (seule) utilisation de services de l'hôpital : 8 % ont reçu des soins de santé à domicile et 2,4 % de l'aide à domicile. Les aînés avec incapacité sont proportionnellement plus nombreux que les personnes de 15 à 64 ans à avoir reçu ces services.
- L'utilisation de services à domicile posthospitaliers du CLSC augmente avec la gravité de l'incapacité et le nombre de problèmes de santé de longue durée.
- Pour un peu plus de la moitié des personnes avec incapacité ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC, c'est le personnel de l'hôpital qui a entrepris les démarches auprès du CLSC.
- Environ 4,0 % des personnes avec incapacité estiment ne pas avoir reçu les soins de santé du CLSC dont elles auraient eu besoin à la suite de leur congé de l'hôpital Également, 9 % des personnes ont un besoin non comblé en matière d'aide à domicile.

Ce chapitre traite de l'utilisation de services de santé et de services sociaux sous trois aspects principaux. Tout d'abord, il est question du recours à trois services hospitaliers au cours d'une période de 12 mois chez les personnes avec incapacité, soit la consultation à l'urgence, l'hospitalisation et la chirurgie d'un jour. Puis est abordée l'utilisation de services à domicile (soins de santé ou aide à domicile) du CLSC à la suite du dernier (seul) service hospitalier reçu.

Les besoins non comblés de services à domicile sont également examinés, en précisant dans certaines analyses le besoin non comblé pour un service (soins de soins ou aide à domicile) ayant été recommandé par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital. Les estimations sont détaillées selon le sexe et l'âge et, pour quelques indicateurs, en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques, économiques[1] ou encore liées à l'incapacité et à la santé. Rappelons que la population avec incapacité sur laquelle porte l'EQLAV 2010-2011 est celle âgée de 15 ans et plus vivant dans un ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

1. Pour plus de détails sur les variables sociodémographiques et économiques, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 3, à la page 66.

Indicateurs utilisés

Services de l'hôpital

Consultation à l'urgence: Consultation d'un médecin à l'urgence d'un hôpital au moins une fois au cours d'une période de 12 mois. Cet indicateur ne tient pas compte des fois où la personne s'est présentée à l'urgence mais est repartie avant d'avoir vu un médecin [Variable tirée de la question Q55 de l'EQES].

Hospitalisation : Par hospitalisation, on entend avoir passé au moins une nuit dans une chambre à l'hôpital au moins une fois au cours d'une période de 12 mois [Variable tirée de la question Q45 de l'EQES].

Chirurgie d'un jour : Chirurgie ayant lieu dans une salle d'opération d'un hôpital ou d'une clinique médicale mais qui ne nécessite pas d'y passer la nuit au moins une fois au cours d'une période de 12 mois [Variable tirée de la question B3 de l'EQLAV].

Au moins un service hospitalier : Indicateur déterminant les personnes ayant reçu, au cours d'une période de 12 mois, au moins un service hospitalier parmi les types de services suivants : consultation à l'urgence, hospitalisation ou chirurgie d'un jour [Indicateur construit à partir des questions Q55, Q45 de l'EQES et de la question B3 de l'EQLAV].

Fréquence des services hospitaliers reçus : Pour chaque type de service hospitalier (consultation à l'urgence, hospitalisation, chirurgie d'un jour), nombre de fois où le service a été reçu au cours d'une période de 12 mois. Cet indicateur compte trois catégories : aucune fois, une fois, deux fois ou plus [Indicateurs construits à partir des questions Q55, Q45 de l'EQES et de la question B3 de l'EQLAV].

Services à domicile posthospitaliers

Services à domicile posthospitaliers du CLSC : Utilisation des services à domicile du CLSC à la suite du dernier (seul) service hospitalier (que ce soit une consultation à l'urgence, une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour) reçu au cours d'une période de 12 mois chez les personnes ayant reçu au moins un service hospitalier. Cet indicateur général tient compte des deux types de services à domicile documentés dans l'EQLAV qui font aussi l'objet d'indicateurs spécifiques : 1) les soins de santé à domicile, par exemple des prises de sang et des changements de pansements ou des traitements [Indicateur construit à partir des questions B6A, B10A, B13A], et 2) l'aide à domicile, par exemple l'aide pour les soins personnels comme se laver, s'habiller ou manger ou encore pour les tâches domestiques comme préparer les repas, faire de l'entretien ménager, etc. [Indicateur construit à partir des questions B7A, B11A et B14A]. L'utilisation des services à domicile posthospitaliers du CLSC est aussi décrite selon le type de services hospitaliers reçu (consultation à l'urgence, hospitalisation et chirurgie d'un jour).

Besoin non comblé de services à domicile posthospitaliers du CLSC : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin de services à domicile du CLSC (soins de santé ou aide à domicile) à la suite de leur dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois sans pouvoir les obtenir. Cet indicateur général tient compte des besoins non comblés pour les deux types de services à domicile posthospitaliers (soins de santé à domicile et aide à domicile) et les trois types de services hospitaliers (consultation à l'urgence, hospitalisation et chirurgie d'un jour), lesquels font aussi l'objet d'indicateurs spécifiques [Indicateurs construits à partir des questions B6B, B7B, B10B, B11B, B13B et B14B]. Une variante de ces indicateurs tient compte de l'information selon laquelle au moins un service à domicile posthospitalier n'ayant pu être obtenu avait été recommandé par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital. Il s'agit alors d'un « **besoin non comblé de services à domicile posthospitaliers du CLSC recommandés** » [Indicateurs construits à partir des questions B6B, B6C, B7B, B7C, B10B, B10C, B11B, B11C, B13B, B13C, B14B et B14C].

Initiateur des démarches pour recevoir des services à domicile posthospitaliers du CLSC : Personne ayant fait les démarches afin que la personne puisse recevoir des services à domicile du CLSC à la suite de son dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois. Cet indicateur comprend quatre catégories : le personnel de l'hôpital, le médecin de famille, la personne elle-même ou ses proches, autres personnes. Il se rapporte aux personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC [Indicateur construit à partir des questions B8A, B12A et B15A].

8.1 Services hospitaliers

8.1.1 Services hospitaliers selon le sexe et l'âge

Environ quatre personnes avec incapacité sur dix (42 %) ont reçu au moins un service hospitalier

Selon l'EQLAV 2010-2011, environ 42 % des personnes avec incapacité ont reçu au moins un service hospitalier au cours d'un période de 12 mois ; plus précisément, à peu près le tiers (33 %) d'entre elles ont consulté un médecin à l'urgence, 14 % ont été hospitalisées et 11 % ont subi une chirurgie d'un jour (tableau 8.1)[2]. Des différences selon le sexe et l'âge sont notées pour le recours à ces services.

Les femmes avec incapacité étant proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir consulté un médecin à l'urgence et à avoir été hospitalisées (34 % c. 32 % et 15 % c. 12 %, respectivement), c'est sans surprise que les données montrent que ces dernières sont également en plus grand nombre à avoir reçu au moins un service hospitalier au cours de la période de référence (43 % c. 40 %). Selon l'enquête, le fait d'avoir eu une chirurgie d'un jour ne varie pas selon le sexe chez la population avec incapacité.

La consultation à l'urgence est plus répandue, en proportion, chez les personnes de 15 à 64 ans avec incapacité que chez celles de 65 ans et plus (34 % c. 31 %)[3]. Un examen plus détaillé des sous-groupes d'âge montre qu'elle est proportionnellement plus fréquente chez les 15 à 24 ans que chez les 25 à 49 ans (40 % c. 36 %), tandis qu'elle est similaire chez les personnes dont l'âge se situe entre 50 et 74 ans (entre 29 % et 30 %).

L'hospitalisation au cours de la période de référence est plus répandue, en proportion, chez les aînés de 65 ans avec incapacité que chez les personnes de 15 à 64 ans (21 % c. 11 %). C'est chez les personnes avec incapacité de 85 ans et plus que l'hospitalisation est le plus courante (26 %). À cet égard, elles sont suivies des personnes de 65 à 84 ans (18 %, 65-74 ans et 21 %, 75-84 ans). La fréquence de l'hospitalisation est similaire dans les sous-groupes de 15 à 64 ans (entre 10 % et 11 %).

Par ailleurs, le fait d'avoir subi une chirurgie d'un jour, au cours d'une période de 12 mois, est plus fréquent chez les aînés avec incapacité que chez les plus jeunes (12 % c. 10 %). Parmi les personnes de 15 à 64 ans avec incapacité, les plus jeunes se démarquent avec une proportion plus faible quant au recours à ce type de chirurgie (7 %). Chez les aînés, ce sont ceux de 85 ans et plus qui sont les moins nombreux, en proportion, à avoir subi une telle intervention (9 %).

Mentionnons également que les personnes de 15 à 64 ans avec incapacité et celles plus âgées ont eu recours à au moins un service hospitalier dans des proportions similaires (41 % et 43 %).

2. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de service hospitalier au cours de la période de référence. Chaque service peut également avoir été reçu à plus d'une occasion (voir le tableau 8.3).

3. Ce résultat pourrait être lié au fait que seulement 81 % des personnes avec incapacité de 15 à 64 ans ont un médecin de famille comparativement à 95 % des aînés (pour plus de détails, voir le chapitre 5).

Tableau 8.1
Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier[1,2] selon le type de service, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[3] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Consultation à l'urgence	Hospitalisation	Chirurgie d'un jour[a]	Au moins un service hospitalier[b]
	%			
Sexe				
Hommes	31,6	12,0	11,3	39,5
Femmes	34,3	15,3	10,7	43,5
Groupe d'âge				
15-64 ans	33,9	10,7	10,3	41,1
15-24 ans	40,5	9,7	7,3	43,6
25-49 ans	35,8	10,6	10,6	42,8
50-64 ans	29,7	11,1	11,1	38,5
65 ans et plus	31,0	20,6	12,4	42,8
65-74 ans	29,3	18,4	13,6	41,5
75-84 ans	30,3	21,0	12,5	42,5
85 ans et plus	36,9	25,7	9,1	46,9
Ensemble	**33,0**	**13,7**	**10,9**	**41,6**

1. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de service hospitalier.
2. Services hospitaliers reçus au cours d'une période de 12 mois.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.
b. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « âge » (en deux catégories) est non significatif au seuil de 5 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

8.1.2 Services hospitaliers selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

L'utilisation de services hospitaliers varie en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques des personnes avec incapacité (tableau 8.2).

Consultation à l'urgence

Tout d'abord, la proportion de personnes avec incapacité ayant consulté au moins une fois un médecin à l'urgence d'un l'hôpital, au cours de la période de référence de 12 mois, est supérieure dans le groupe suivant :

- les personnes appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (35 %).

Cette proportion est plus basse au sein du groupe suivant :

- les personnes ayant un diplôme d'études universitaires (29 %).

Hospitalisation

La proportion de personnes avec incapacité ayant été hospitalisées au moins une fois au cours de la période de référence est plus élevée dans les groupes suivants :

- les personnes vivant seules (17 %);
- les personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires (17 %);
- celles appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (18 %).

Tableau 8.2
Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier[1,2] selon le type de service et certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus[3] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Consultation à l'urgence[a]	Hospitalisation	Chirurgie d'un jour[b]	Au moins un service hospitalier[b]
	%			
Fait de vivre seul				
Oui	33,7	16,7	10,9	42,8
Non	32,8	12,8	10,9	41,2
Niveau de scolarité				
Sans diplôme d'études secondaires	35,5	16,5	11,1	44,3
Diplôme d'études secondaires	33,9	12,9	10,9	41,6
Diplôme d'études collégiales	32,8	11,1	11,0	40,7
Diplôme d'études universitaires	28,7	12,2	11,1	38,8
Niveau de revenu du ménage				
Sous le seuil de faible revenu	35,5	18,2	10,4	43,7
Au-dessus du seuil de faible revenu	31,9	12,2	11,0	40,7

1. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de service hospitalier.
2. Services hospitaliers reçus au cours d'une période de 12 mois.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « fait de vivre seul » est non significatif au seuil de 5 %.
b. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et les variables « fait de vivre seul », « niveau de scolarité » et « niveau de revenu du ménage » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Chirurgie d'un jour

Pour les caractéristiques retenues, aucun groupe ne se démarque quant au fait d'avoir subi une chirurgie d'un jour.

Au moins un service hospitalier

La proportion de personnes avec incapacité ayant reçu, au cours de la période de référence, au moins un service hospitalier (consultation à l'urgence, hospitalisation ou chirurgie d'un jour) est supérieure dans le groupe suivant :

- les personnes appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (44 %).

8.1.3 Services hospitaliers selon certaines caractéristiques liées à la santé

L'utilisation de services hospitaliers est plus fréquente chez les personnes dont l'incapacité est grave et chez celles ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus

Le recours aux services hospitaliers est associé à la gravité de l'incapacité (figure 8.1). La proportion de personnes avec incapacité ayant consulté un médecin au moins une fois à l'urgence augmente avec chaque niveau de cet indice : elle passe ainsi de 30 % pour l'incapacité légère, à 37 % pour l'incapacité modérée et à 44 % pour celle dite grave.

Le fait d'avoir été hospitalisé au moins une fois, au cours de la période de référence, est aussi lié à la gravité de l'incapacité (9 %, légère c. 19 %, modérée c. 31 %, grave). Il en est de même pour le recours à au moins un service hospitalier (37 % c. 48 % c. 54 %, respectivement). Notons cependant que les données de l'enquête ne permettent pas de déceler que le recours à la chirurgie d'un jour croît avec la gravité de l'incapacité.

Le recours aux services hospitaliers est également associé au nombre de problèmes de santé de longue durée (figure 8.2). Les personnes avec incapacité ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus sont ainsi plus nombreuses à avoir consulté un médecin à l'urgence (37 % c. 32 %, un problème de santé c. 29 %, aucun problème de santé). L'hospitalisation est aussi plus répandue chez les personnes avec incapacité ayant deux problèmes de cette nature ou plus (18 % c. 13 %, un problème de santé c. 6 %, aucun problème de santé).

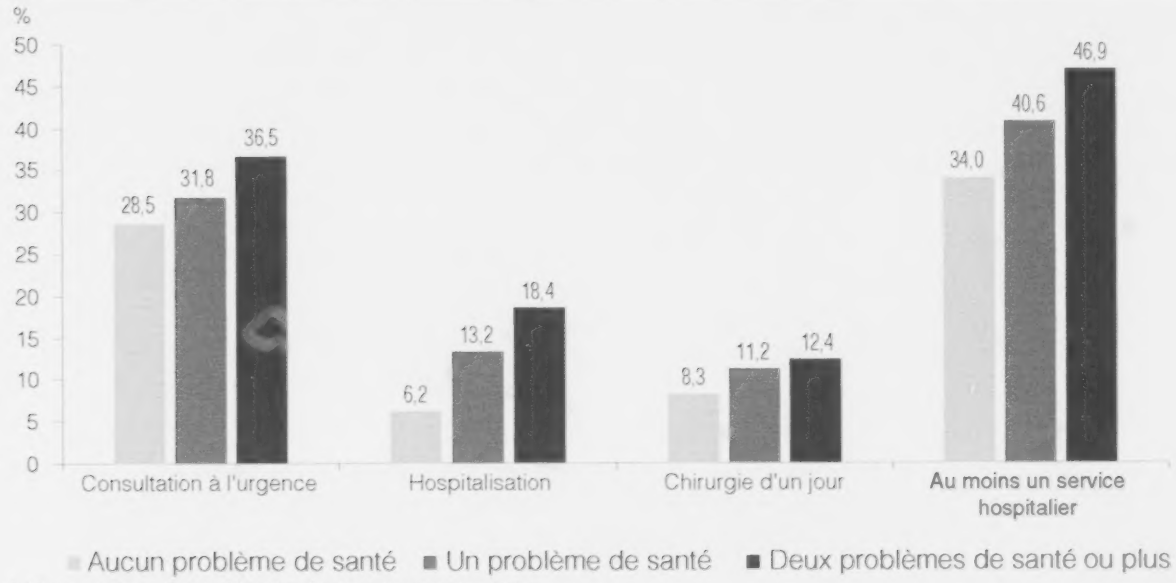
Par ailleurs, le recours à la chirurgie d'un jour est moins fréquent chez les personnes avec incapacité n'ayant pas de problème de santé de longue durée (8 %) que chez celles qui en ont (11 % et 12 %). Également, la figure 8.2 révèle que le recours à au moins un service hospitalier chez les personnes avec incapacité augmente avec le nombre de ces problèmes (34 %, aucun problème de santé c. 41 %, un problème de santé c. 47 %, deux problèmes de santé ou plus).

Figure 8.1
Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier[1,2] selon le type de service et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[3] avec incapacité, Québec, 2010-2011

1. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de service hospitalier.
2. Services hospitaliers reçus au cours d'une période de 12 mois.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Figure 8.2
Proportion de personnes ayant reçu au moins un service hospitalier[1,2] selon le type de service et le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus[3] avec incapacité, Québec, 2010-2011



1. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de service hospitalier.
2. Services hospitaliers reçus au cours d'une période de 12 mois.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

8.1.4 Fréquence des services hospitaliers reçus

Le tableau 8.3 présente la fréquence des services hospitaliers reçus, au cours d'une période de 12 mois, chez les personnes avec incapacité, en distinguant les types de services et en détaillant les résultats selon le sexe et deux groupes d'âge.

En ce qui concerne la consultation à l'urgence, il ressort qu'environ les deux tiers (67 %) des personnes avec incapacité n'ont pas rencontré de médecin dans ce lieu, tandis que 18 % l'ont fait une fois et 15 %, deux fois ou plus (tableau 8.3). Si les hommes avec incapacité sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à ne pas avoir consulté à l'urgence (68 % c. 66 %), ces dernières sont plus nombreuses à avoir consulté à cet endroit « deux fois ou plus » (16 % c. 14 %). Par ailleurs, les aînés de 65 ans et plus avec incapacité se retrouvent en plus forte proportion à ne pas avoir consulté à l'urgence (69 % c. 66 %, 15 à 64 ans); ils sont aussi moins nombreux à l'avoir fait « deux fois ou plus » (13 % c. 16 %).

Tableau 8.3
Fréquence des services hospitaliers reçus[1,2] selon le type de service, le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[3] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Aucune fois	1 fois	2 fois ou plus
		%	
Consultation à l'urgence	**67,0**	**18,0**	**15,0**
Sexe			
Hommes	68,4	17,7	13,9
Femmes	65,7	18,2	16,1
Groupe d'âge			
15-64 ans	66,1	17,9	16,0
65 ans et plus	69,0	18,2	12,8
Hospitalisation	**86,3**	**9,5**	**4,2**
Sexe			
Hommes	88,0	8,1	3,9
Femmes	84,7	10,9	4,4
Groupe d'âge			
15-64 ans	89,3	7,6	3,0
65 ans et plus	79,4	13,9	6,7
Chirurgie d'un jour	**89,1**	**8,4**	**2,6**
Sexe[a]			
Hommes	88,7	8,7	2,5
Femmes	89,3	8,0	2,6
Groupe d'âge			
15-64 ans	89,7	8,2	2,0
65 ans et plus	87,6	8,6	3,8

1. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de service hospitalier.

2. Services hospitaliers reçus au cours d'une période de 12 mois.

3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi deux entre cette variable et la variable « fréquence de chirurgies d'un jour » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Au cours de la période de référence, l'hospitalisation a touché environ 14 % des personnes avec incapacité ; plus spécifiquement, 10 % d'entre elles ont été hospitalisées « une fois » et 4,2 %, « deux fois ou plus » (tableau 8.3). Toutes proportions gardées, les femmes avec incapacité sont plus nombreuses que les hommes à l'avoir été « une fois » (11 % c. 8 %) et moins nombreuses à ne pas l'avoir été (88 % c. 85 %, hommes). Le fait d'avoir été hospitalisé « une fois » et « deux fois ou plus » est plus répandu, en proportion, chez les aînés avec incapacité que chez les personnes plus jeunes (14 % c. 8 % et 7 % c. 3,0 %, respectivement).

Pour sa part, la chirurgie d'un jour est une intervention réalisée chez un peu plus d'une personne sur dix avec incapacité (11 %) : 8 % d'entre elles ont subi une intervention et 2,6 %, « deux ou plus » (tableau 8.3). Si la fréquence de cette intervention ne varie pas selon le sexe, elle est associée à l'âge. En effet, les aînés avec incapacité sont plus nombreux que les plus jeunes à avoir subi une intervention chirurgicale « deux fois ou plus » (3,8 % c. 2,0 %.) Ils sont par ailleurs moins nombreux à ne pas avoir reçu ce service (88 % c. 90 %).

8.2 Services à domicile posthospitaliers du CLSC et besoins non comblés

Dans cette section, l'utilisation de services à domicile posthospitaliers du CLSC et la présence de besoins non comblés pour de tels services sont d'abord présentés selon le type de service hospitalier reçu. Précisons que parmi les personnes avec incapacité ayant reçu au moins un service hospitalier au cours d'une période de 12 mois, une consultation à l'urgence est le dernier (seul) service reçu par environ 57 % de ces personnes, l'hospitalisation concerne 22 %[4] d'entre elles et une chirurgie d'un jour, 21 %[5] (données non présentées). Puis, l'utilisation des services à domicile posthospitaliers et la présence de besoins non comblés à cet égard sont abordés sans distinguer le type de service hospitalier[6].

8.2.1 Services à domicile posthospitaliers du CLSC et besoins non comblés pour ces services selon le type de service hospitalier, le sexe et l'âge

Le tableau 8.4 présente les proportions de personnes ayant reçu des services à domicile du CLSC à la suite du dernier (seul) service hospitalier obtenu au cours d'une période de 12 mois. Chaque ligne du tableau reprend les données concernant un type de service hospitalier. Ces services à domicile sont de deux types, soit les soins de santé et l'aide à domicile[7]. Ce tableau comprend aussi les besoins non comblés de tels services, c'est-à-dire les services que les personnes n'ont pas reçus et dont elles auraient eu besoin, à leur avis, à la suite de leur congé de l'hôpital.

4. Les personnes dont le dernier (seul) service hospitalier reçu est une consultation à l'urgence suivie d'une hospitalisation sont classées dans la catégorie « hospitalisation ».

5. L'EQLAV 2010-2011 nous renseigne sur le lieu de la chirurgie d'un jour pour les personnes ayant reçu ce service la dernière (seule) fois qu'elles ont eu un service hospitalier au cours de la période de référence. Les données indiquent que la grande majorité de ces personnes ont subi leur chirurgie d'un jour à l'hôpital ou dans un CLSC (89 %) et les autres, dans une clinique médicale (11 %) (données non présentées, tirées des questions B9A et B9B).

6. Il est à noter que pour certaines personnes considérées comme ayant reçu au moins un service hospitalier, il n'a pas été possible de déterminer le type du dernier (seul) service reçu ni de recueillir des informations sur les services à domicile du CLSC obtenus à la suite de ce service. Bien qu'elles représentent une proportion minime de l'ensemble, la non-réponse partielle attribuable à ces personnes est susceptible d'entraîner un biais potentiel, allant dans le sens d'une très légère surestimation des proportions de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC et de celles mentionnant un besoin non comblé pour de tels services, parmi la population ayant reçu au moins un service hospitalier (que ce soit une consultation à l'urgence, une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour). Des analyses supplémentaires permettront de préciser ce biais.

7. Pour plus de détails sur les services à domicile, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* de ce chapitre, à la page 154.

Consultation à l'urgence

Moins de 5 % des personnes avec incapacité ont reçu des services à domicile du CLSC à la suite de leur consultation à l'urgence. Toutefois 8 % des personnes avec incapacité rapportent des besoins non comblés à cet égard

Parmi les personnes avec incapacité dont le dernier (seul) service hospitalier reçu est une consultation à l'urgence, environ 4,0 % ont reçu des services à domicile du CLSC à la suite de cette consultation ; 3,4 % ont reçu des soins de santé et 1,2 %* de l'aide à domicile (tableau 8.4). Précisons qu'une personne peut avoir eu des soins de santé ou de l'aide à domicile ou les deux à la suite du dernier service hospitalier reçu. Il n'y a pas de différence selon le sexe quant aux services reçus à domicile. Toutefois, la proportion de personnes ayant eu des soins de santé à la suite d'une consultation à l'urgence est plus élevée chez les aînés que chez les plus jeunes (8 % c. 2,0 %*). Une situation similaire est observée pour les services à domicile (10 % c. 2,2 %*) (données non présentées selon le sexe et l'âge).

Parmi les personnes avec incapacité concernées, un peu moins d'une personne sur dix (8 %) estime ne pas avoir reçu les services à domicile du CLSC dont elle aurait eu besoin à la suite de leur consultation à l'urgence. Plus spécifiquement, environ 3,4 % ont exprimé un besoin non comblé de soins de santé et 6 %, d'aide à domicile. Les besoins non comblés de services à domicile ne sont pas associés à l'âge. Il ressort cependant que les femmes avec incapacité sont plus nombreuses, en proportion, que les hommes à mentionner des besoins non comblés pour l'aide à domicile à la suite d'une consultation à l'urgence (8 % c. 3,8 %*) (données non présentées selon le sexe et l'âge).

Par ailleurs, environ 2,1 %* des personnes avec incapacité rapportent que les services à domicile qu'elles n'ont pas reçus du CLSC à la suite de leur consultation à l'urgence avaient été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital. Les femmes avec incapacité ne se distinguent pas des hommes à cet égard. On note toutefois une proportion légèrement

Tableau 8.4
Proportions de personnes ayant reçu des services posthospitaliers à domicile du CLSC[1,2] ou ayant eu un besoin non comblé à cet égard[3] selon le type de service hospitalier, population de 15 ans et plus[4] avec incapacité ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011

	Services à domicile reçus			Besoin non comblé		
	Soins de santé à domicile	Aide à domicile	Total	Soins de santé à domicile	Aide à domicile	Total
	%					
Consultation à l'urgence[5]	3,4	1,2*	4,0	3,4	5,8	7,8
Hospitalisation[6]	25,6	7,0	27,6	6,6*	14,7	16,7
Chirurgie d'un jour[7]	3,3*	0,9**	3,7*	3,3*	9,8	11,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Services à domicile (soins de santé ou aide à domicile) du CLSC reçus à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.
2. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de services à domicile posthospitaliers du CLSC.
3. Une personne peut avoir un besoin non comblé de soins de santé à domicile ou d'aide à domicile, ou les deux au cours d'une période de 12 mois.
4. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
5. La consultation à l'urgence est le dernier (seul) service hospitalier reçu par environ 57 % des personnes avec incapacité ayant reçu au moins un service à l'hôpital.
6. L'hospitalisation est le dernier (seul) service hospitalier reçu par environ 22 % des personnes avec incapacité ayant reçu au moins un service à l'hôpital.
7. La chirurgie d'un jour est le dernier (seul) service hospitalier reçu par environ 21 % des personnes avec incapacité ayant reçu au moins un service à l'hôpital.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

élevée d'aînés avec incapacité indiquant un besoin non comblé pour ces services (3,3 %* c. 1,8 %*, 15-64 ans) (données non présentées).

Hospitalisation

Parmi les personnes avec incapacité, près de trois sur dix ont reçu des services à domicile du CLSC à la suite de leur hospitalisation, les aînés davantage que les plus jeunes. Cependant, une personne sur cinq estime ne pas avoir reçu les services à domicile dont elle aurait eu besoin suivant son hospitalisation

Environ 28 % des personnes avec incapacité dont le dernier (seul) service hospitalier reçu au cours de la période de référence de 12 mois est une hospitalisation ont reçu des services à domicile du CLSC à la suite de celle-ci (tableau 8.4) ; 26 % ont reçu des soins de santé à domicile et 7 %, de l'aide à domicile. La prestation de services à domicile est plus courante chez les aînés que chez les personnes plus jeunes pour les soins de santé, l'aide à domicile et les services totaux (33 % c. 20 % et 12 % c. 2,8 %** et 35 % c. 21 %, respectivement). La prestation de services à domicile posthospitaliers du CLSC ne diffère pas cependant selon le sexe (données non présentées selon le sexe et l'âge).

Près de 17 % des personnes avec incapacité concernées signalent la présence de besoins non comblés de services à domicile du CLSC à la suite d'une hospitalisation : 7 %* n'ont pas reçu les soins de santé à domicile requis, de leur point de vue, et 15 %, l'aide à domicile. Si ces besoins ne diffèrent pas selon l'âge, les femmes avec incapacité sont proportionnellement nombreuses que les hommes à indiquer un besoin non comblé d'aide à domicile (18 % c. 10 %*) (données non présentées selon le sexe et l'âge).

Signalons également qu'environ 7 %* des personnes avec incapacité concernées mentionnent que les services à domicile qu'elles n'ont pas reçus du CLSC à la suite de leur hospitalisation avaient été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux. Il n'y a pas de différence selon l'âge ni selon le sexe à cet égard (données non présentées).

Chirurgie d'un jour

Moins de 5 % des personnes avec incapacité ont reçu des services à domicile du CLSC à la suite de leur chirurgie d'un jour; cependant, une sur dix a des besoins non comblés à cet égard

La prestation de services à domicile du CLSC à la suite d'une chirurgie d'un jour touche environ 3,7 %* des personnes avec incapacité concernées; ainsi, 3,3 %* ont reçu des soins de santé et 0,9 %** de l'aide à domicile (tableau 8.4). Il n'y a pas de différence selon le sexe ni selon l'âge quant aux services reçus à domicile (données non présentées selon le sexe et l'âge).

Parmi les personnes avec incapacité concernées, un peu plus du dixième (11 %) considère ne pas avoir reçu les services à domicile du CLSC dont elle aurait eu besoin, à la suite de la chirurgie d'un jour. Plus spécifiquement, environ 3,3 %* des personnes ont exprimé des besoins non comblés de soins de santé et 10 %, d'aide à domicile. La présence de ces besoins n'est pas associée à l'âge. Cependant, les femmes avec incapacité sont plus nombreuses, en proportion, que les hommes à indiquer avoir eu des besoins non comblés de soins de santé, d'aide à domicile et pour les services totaux (4,7 %* c. 1,9 %** et 15 % c. 4,8 %** et 16 % c. 6 %*, respectivement) (données non présentées selon le sexe et l'âge).

Enfin, environ 3,9 %* des personnes avec incapacité concernées mentionnent que les services à domicile qu'elles n'ont pas reçus du CLSC à la suite de leur chirurgie d'un jour avaient été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux. Il n'y a pas de différence selon l'âge ni selon le sexe à cet égard (données non présentées).

8.2.2 Services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le sexe et l'âge

Le tableau 8.5 présente les proportions de personnes ayant reçu des services à domicile du CLSC à la suite du dernier (seul) service hospitalier reçu au cours d'une période de 12 mois (tous types de services hospitaliers confondus). Le tableau distingue les services posthospitaliers reçus selon le type de service (soins de santé, aide à domicile, services totaux) et détaille les résultats selon le sexe et l'âge.

Près de 9 % des personnes avec incapacité ont reçu des services à domicile du CLSC à la suite de leur congé de l'hôpital (tous services hospitaliers confondus) : 8 % ont reçu des soins de santé à domicile et 2,4 % de l'aide à domicile. Les aînés avec incapacité sont plus nombreux à avoir eu ces services que les personnes de 15 à 64 ans

C'est un peu moins d'une personne sur dix (9 %) avec incapacité qui a reçu des services à domicile du CLSC à la suite de son dernier (seul) service hospitalier ; 8 % ont reçu des soins de santé à domicile et 2,4 %, de l'aide à domicile. Si cette prestation de services ne diffère pas selon le sexe, des différences sont observées en fonction de l'âge.

Ainsi, les aînés de 65 ans et plus avec incapacité sont plus nombreux, en proportion, que les personnes de 15 à 64 ans à avoir reçu de tels services (soins de santé : 15 % c. 5 % ; aide à domicile : 6 % c. 0,9 %* ; services totaux : 17 % c. 5 %). Un examen plus détaillé des sous-groupes d'âge montre que chez les aînés, le recours aux soins de santé, à l'aide à domicile et aux services à domicile est plus fréquent chez les 85 ans et plus, comparativement aux autres aînés. Près de 29 % des aînés de ce groupe d'âge ont ainsi reçu des services à domicile du CLSC à la suite de leur congé de l'hôpital la dernière (seule) fois qu'ils y ont eu recours. Mentionnons que les personnes de 15 à 64 ans ne se distinguent pas entre elles quant au recours aux services à domicile.

Tableau 8.5
Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC[1,2] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[3] avec incapacité ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011

	Soins de santé à domicile	Aide à domicile	Services à domicile
	%		
Sexe			
Hommes	7,9	1,9*	8,5
Femmes	8,5	2,9	9,5
Groupe d'âge			
15-64 ans	5,1	0,9*	5,4
15-24 ans	3,0**	x	3,6**
25-49 ans	4,8*	0,4**	5,0
50-64 ans	6,2	1,6*	6,6
65 ans et plus	15,2	5,8	17,0
65-74 ans	11,2	3,6*	12,7
75-84 ans	15,4	6,0*	16,9
85 ans et plus	25,3	10,9	28,5
Ensemble	8,2	2,4	9,1

x Donnée confidentielle.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Services à domicile (soins de santé ou aide à domicile) du CLSC reçus à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.
2. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de services à domicile posthospitaliers du CLSC.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

8.2.3 Services à domicile posthospitaliers du CLSC selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

Outre l'âge, l'utilisation de services à domicile posthospitaliers du CLSC chez les personnes avec incapacité est associée à d'autres caractéristiques sociodémographiques et économiques documentées dans l'enquête (tableau 8.6).

Soins de santé à domicile

Au cours de la période de 12 mois, la proportion de personnes avec incapacité ayant reçu des soins de santé à domicile du CLSC à la suite de leur dernier (seul) service hospitalier est plus élevée chez les groupes suivants :

- les personnes vivant seules (11 %);
- les personnes se classant dans un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (13 %).

Cette proportion est plus basse dans le groupe suivant :

- les personnes détenant un diplôme d'études collégiales (4,7 %*).

Aide à domicile

La proportion de personnes avec incapacité ayant reçu de l'aide à domicile du CLSC à la suite d'un service hospitalier est supérieure dans les groupes suivants :

- les personnes vivant seules (4,2 %*);
- les personnes ne détenant pas un diplôme d'études secondaires (4,2 %);
- les personnes se classant dans un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (4,6 %).

Services à domicile

Également, la proportion de personnes avec incapacité ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC est plus élevée dans les deux groupes suivants :

- les personnes vivant seules (12 %);
- les personnes appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (14 %).

Cette proportion est plus faible dans le groupe suivant :

- les personnes détenant un diplôme d'études collégiales (5 %*).

Tableau 8.6
Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC[1,2] selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus[3] avec incapacité ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011

	Soins de santé à domicile	Aide à domicile	Services à domicile
		%	
Fait de vivre seul			
Oui	10,5	4,2*	11,9
Non	7,5	1,9	8,2
Niveau de scolarité			
Sans diplôme d'études secondaires	9,7	4,2	11,3
Diplôme d'études secondaires	7,9	1,0**	8,2
Diplôme d'études collégiales	4,7*	0,7**	5,0*
Diplôme d'études universitaires	8,3	2,3**	8,9
Niveau de revenu du ménage			
Sous le seuil de faible revenu	13,1	4,6	14,2
Au-dessus du seuil de faible revenu	6,6	1,6	7,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Services à domicile (soins de santé ou aide à domicile) du CSLC reçus à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.
2. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de services à domicile posthospitaliers du CLSC.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

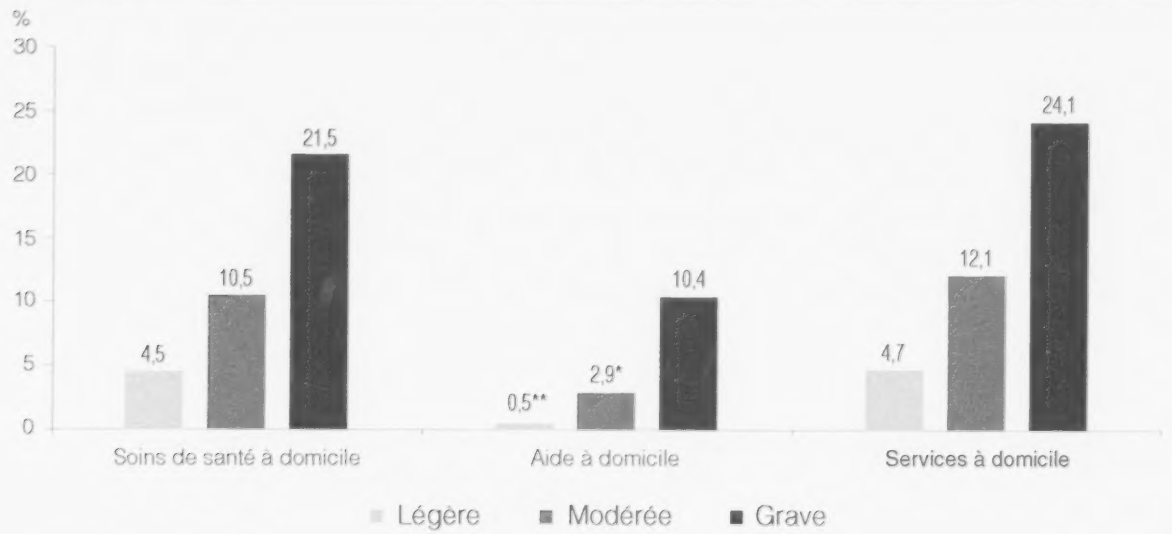
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

8.2.4 Services à domicile posthospitaliers du CLSC selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité et à la santé

L'utilisation de services à domicile posthospitaliers du CLSC augmente avec la gravité de l'incapacité et le nombre de problèmes de santé de longue durée

L'utilisation de services à domicile posthospitaliers du CLSC varie selon la gravité de l'incapacité (figure 8.3). Ainsi, la proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile à la suite de leur congé de l'hôpital est plus faible chez celles dont l'incapacité est légère (4,5 %) que chez celles dont l'incapacité est modérée (11 %). Elle est également plus élevée chez les personnes dont l'incapacité est grave (22 %). L'aide à domicile augmente également avec le niveau de gravité de l'incapacité. Soulignons que près du quart (24 %) des personnes dont l'incapacité est grave ont reçu des services à domicile du CLSC à la suite de leur congé de l'hôpital.

Figure 8.3
Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC[1,2] selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[3] avec incapacité ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

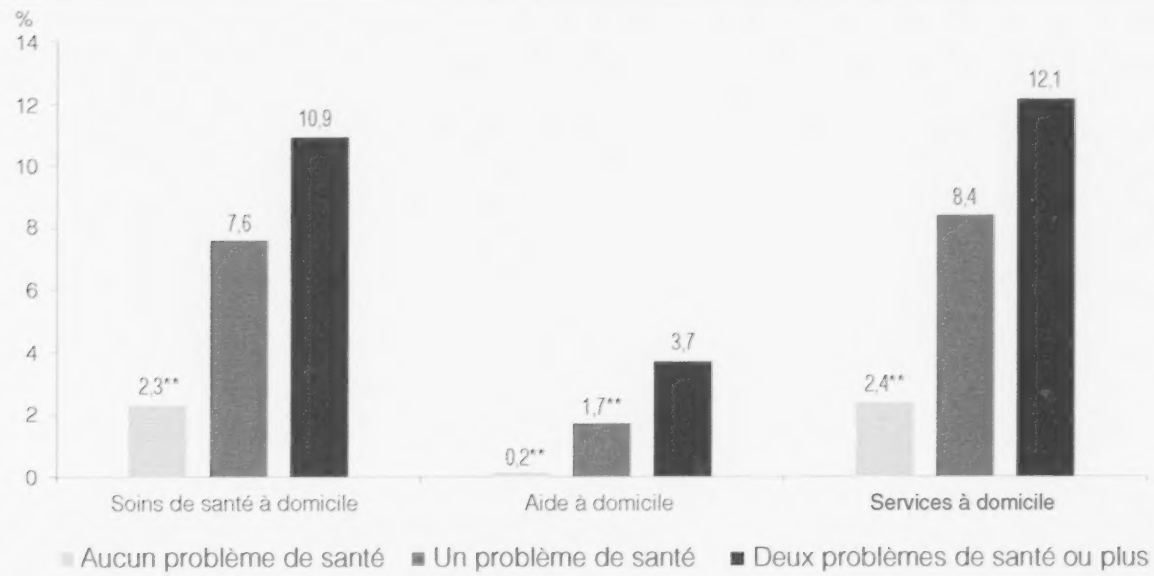
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Services à domicile (soins de santé ou aide à domicile) du CLSC reçus à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.
2. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de services à domicile posthospitaliers du CLSC.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Lorsque l'on considère le nombre de problèmes de santé de longue durée, il ressort que l'utilisation de services à domicile posthospitaliers du CLSC croît avec le nombre de ces problèmes (figure 8.4). C'est le cas pour les soins de santé, l'aide à domicile et les services à domicile pris globalement. Près de 12 % des personnes avec incapacité ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus ont reçu de tels services à la suite de leur congé de l'hôpital.

Figure 8.4
Proportion de personnes ayant reçu des services à domicile posthospitaliers du CLSC[1,2] selon le nombre de problèmes de longue durée, population de 15 ans et plus[3] avec incapacité ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011



** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Services à domicile (soins de santé ou aide à domicile) du CLSC reçus à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.
2. Une personne peut avoir utilisé plus d'un type de services à domicile posthospitaliers du CLSC.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

8.2.5 Initiateur des démarches afin de recevoir des services à domicile

Pour un peu plus de la moitié des personnes avec incapacité ayant reçu des services à domicile du CLSC à la suite de leur congé de l'hôpital, c'est le personnel de l'hôpital qui a entrepris les démarches auprès du CLSC

Pour un peu plus de la moitié (56 %) des personnes avec incapacité ayant reçu des services à domicile posthospitaliers, c'est le personnel hospitalier qui a entrepris les démarches auprès du CLSC (tableau 8.7). Pour 17 % des personnes avec incapacité, les démarches ont été réalisées par un médecin de famille. Un peu plus d'une personne sur cinq avec incapacité (21 %) les a faites elle-même, ou c'est l'un de ses proches qui s'en est chargé. Enfin, pour 6 %* des personnes avec incapacité concernées, d'autres personnes ont pris cette initiative.

S'il n'y a pas de différence selon l'âge quant à l'initiateur de ces démarches pour recevoir des services à domicile posthospitaliers du CLSC, le personnel de l'hôpital se retrouve en plus forte proportion comme initiateur chez les hommes avec incapacité (66 % c. 48 %, femmes). À l'inverse, les femmes avec incapacité sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir entrepris, elles-mêmes ou encore par l'intermédiaire d'un proche, les démarches (29 % c. 11 %*). Les données de l'enquête ne permettent pas de détecter d'association entre l'initiateur des démarches et les variables « fait de vivre seul » et « niveau de revenu du ménage » (données non présentées).

Tableau 8.7
Initiateur des démarches pour recevoir des services à domicile posthospitaliers du CLSC[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité ayant reçu des services à domicile posthospitaliers, Québec, 2010-2011

	Le personnel de l'hôpital	Le médecin de famille	La personne elle-même ou ses proches	Autres personnes
		%		
Sexe				
Hommes	66,4	16,5*	10,7*	6,4**
Femmes	47,9	17,6*	29,2	5,4**
Groupe d'âge[a]				
15-64 ans	59,0	15,2*	19,3*	6,4**
65 ans et plus	53,6	18,5*	22,5	5,4**
Ensemble	**55,8**	**17,1**	**21,2**	**5,8***

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %, interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %, estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Services à domicile (soins de santé ou aide à domicile) du CLSC à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « Initiateur des démarches pour recevoir des services à domicile posthospitaliers du CLSC » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Le tableau 8.8 montre la répartition des personnes selon l'initiateur des démarches en tenant compte du type de service hospitalier reçu la dernière (seule) fois[8]. Pour près des deux tiers (66 %) des personnes avec incapacité ayant reçu des services à domicile du CLSC à la suite d'une hospitalisation, c'est le personnel de l'hôpital qui a fait les démarches. Le médecin de famille a réalisé les démarches pour 14 %* de ces personnes; les personnes elles-mêmes, ou encore un proche, l'ont fait dans une proportion de 15 %.

Lorsque les services à domicile du CLSC font suite à une consultation à l'urgence, il ressort que le médecin de famille s'est occupé des démarches pour environ le quart (23 %*) des personnes avec incapacité concernées. Des proportions non négligeables de personnes ont fait ces démarches elles-mêmes, ou encore par l'entremise d'un proche quand le dernier (seul) service reçu est une chirurgie d'un jour (28 %**) ou une consultation à l'urgence (36 %*).

Tableau 8.8
Initiateur des démarches pour recevoir des services à domicile posthospitaliers du CLSC[1] selon le type de service hospitalier, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité ayant reçu des services à domicile posthospitaliers, Québec, 2010-2011

	Le personnel de l'hôpital	Le médecin de famille	La personne elle-même ou ses proches	Autres personnes
		%		
Consultation à l'urgence	32,7*	23,3*	35,7*	8,3**
Hospitalisation	65,6	14,1*	14,9	5,4**
Chirurgie d'un jour	46,7*	x	28,1**	x

x Donnée confidentielle.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Services à domicile (soins de santé ou aide à domicile) du CLSC reçus à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010 2011*.

8. Rappelons qu'une consultation à l'urgence est le dernier service hospitalier reçu par 57 % des personnes avec incapacité; pour 22 %, ce service est une hospitalisation et, pour 21 %, une chirurgie d'un jour.

8.2.6 Besoins non comblés de services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le sexe et l'âge

Le tableau 8.9 présente les proportions de personnes avec incapacité ayant eu des besoins non comblés de soins de santé et d'aide à domicile à la suite du dernier (seul) service hospitalier reçu au cours d'une période de 12 mois[9]. Les besoins non comblés de services recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital, sont aussi mentionnés.

Environ 4,0 % des personnes avec incapacité estiment ne pas avoir reçu les soins de santé du CLSC dont elles auraient eu besoin à la suite de leur congé de l'hôpital. Également, 9 % des personnes ont un besoin non comblé d'aide à domicile

Au Québec, environ 4,0 % des personnes avec incapacité considèrent ne pas avoir reçu les soins de santé à domicile dont elles auraient eu besoin à la suite de leur dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois. La proportion de personnes avec incapacité

Tableau 8.9
Proportions des personnes ayant eu un besoin non comblé de soins de santé et d'aide à domicile posthospitaliers du CLSC[1] selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011

	Soins de santé à domicile		Aide à domicile	
	Besoin non comblé de soins[3]	Besoin non comblé de soins recommandés[3,a]	Besoin non comblé d'aide[c]	Besoin non comblé d'aide recommandée[3,d]
	%			
Sexe				
Hommes	3,6*	1,1*	5,4	2,0*
Femmes	4,4	1,9*	11,3	3,2
Groupe d'âge				
15-64 ans	4,2	1,5*	8,1	2,0*
65 ans et plus	3,6*	1,6*	9,6	4,1*
Fait de vivre seul				
Oui	7,1*	3,0*	13,4	4,1*
Non	3,2	1,1*	7,1	2,2*
Niveau de revenu du ménage				
Sous le seuil de faible revenu	6,1*	2,1*	12,8	4,7*
Au-dessus du seuil de faible revenu	3,4	1,4*	7,2	1,9*
Ensemble	**4,0**	**1,5***	**8,6**	**2,6**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Besoin non comblé de soins de santé ou d'aide à domicile du CLSC à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Soins de santé ou aide à domicile posthospitaliers recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital.

a. Les tests globaux du Khi deux entre cette variable et les variables « sexe » et « âge » sont non significatifs au seuil de 5 %.

b. Les tests globaux du Khi deux entre cette variable et les variables « âge » et « niveau de revenu du ménage » sont non significatifs au seuil de 5 %.

c. Le test global du Khi deux entre cette variable et la variable « âge » est non significatif au seuil de 5 %.

d. Le test global du Khi deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

9. Rappelons que ce service peut être une consultation à l'urgence, une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour.

exprimant un besoin non comblé d'aide à domicile se chiffre quant à elle à 9%. Ce sont respectivement 1,5%* et 2,6% des personnes avec incapacité qui rapportent que les soins de santé et l'aide à domicile qu'elles n'ont pas reçus avaient été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux. Des différences selon le sexe et l'âge sont observées concernant ces besoins non comblés.

Tout d'abord, soulignons que la présence d'un besoin non comblé d'aide à domicile est plus marquée, en proportion, chez les femmes avec incapacité que chez les hommes (11% c. 5%). Celles-ci sont aussi plus nombreuses à déclarer la présence d'un besoin non comblé cette fois en ce qui concerne les soins de santé à domicile recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux (1,9%* c. 1,1%*). Mentionnons de plus que la présence d'un besoin non comblé d'aide à domicile recommandée par un professionnel est plus répandue, en proportion, chez les aînés avec incapacité que chez les personnes de 15 à 64 ans (4,1%* c. 2,0%*).

8.2.7 Besoins non comblés de services à domicile posthospitaliers du CLSC selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

Les besoins non comblés de services à domicile posthospitaliers du CSLC varient également selon d'autres caractéristiques des personnes (tableau 8.9).

Soins de santé à domicile

La proportion de personnes avec incapacité ayant mentionné, un besoin non comblé de soins de santé du CLSC à la suite de leur congé de l'hôpital est plus élevée chez :

- les personnes vivant seules (7%*);
- les personnes appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (6%*).

La proportion de personnes avec incapacité ayant rapporté la présence d'un besoin non comblé de soins de santé recommandés par un professionnel de la santé ou des services sociaux est plus élevée dans le groupe suivant :

- les personnes vivant seules (3,0%*).

Aide à domicile

La proportion de personnes avec incapacité ayant exprimé un besoin non comblé d'aide à domicile du CLSC à la suite du dernier service hospitalier est plus élevée chez :

- les personnes vivant seules (13%);
- les personnes appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (13%).

La proportion de personnes avec incapacité mentionnant que l'aide à domicile qu'elles n'ont pas reçue avait été recommandée par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux est plus élevée dans les deux groupes suivants :

- les personnes vivant seules (4,1%*);
- les personnes appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (4,7%*).

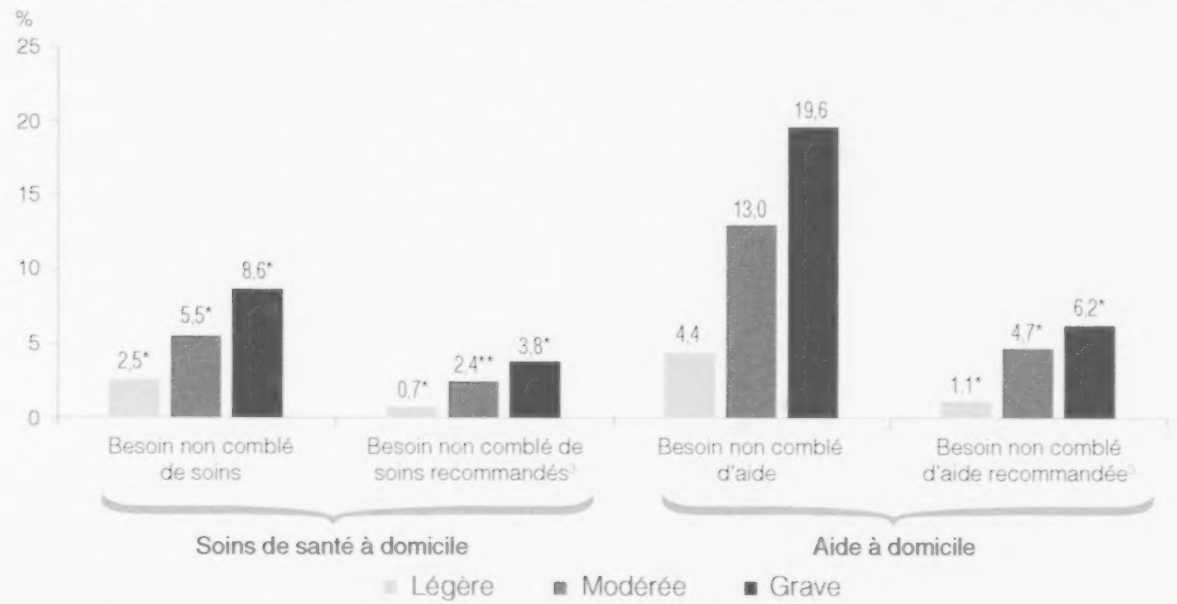
8.2.8 Besoins non comblés de services à domicile posthospitaliers du CLSC selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité et à la santé

Les besoins non comblés de soins de santé et d'aide à domicile sont aussi associés à la gravité de l'incapacité (figure 8.5). En effet, la proportion de personnes dont l'incapacité est grave ou modérée qui mentionnent la présence d'un besoins non comblé en soins de santé est supérieure à celle des personnes dont l'incapacité est légère (9 %* et 6 %* c. 2,5 %*). La présence d'un besoin non comblé pour des soins de cette nature recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux est également plus courante chez les personnes dont l'incapacité est grave ou modérée (3,8 %* et 2,4 %**) que chez celles dont l'incapacité est légère (0,7 %*).

Près d'une personne sur cinq dont l'incapacité est grave rapporte un besoin non comblé d'aide à domicile à la suite de son congé de l'hôpital

Soulignons qu'environ 20 % des personnes dont l'incapacité est grave mentionnent la présence d'un besoin non comblé d'aide à domicile à la suite de leur congé de l'hôpital. Cette proportion est statistiquement plus élevée que celle observée chez les personnes dont l'incapacité est modérée ou légère (13 % c. 4,4 %). La présence d'un besoin non comblé d'aide à domicile recommandée par un professionnel de la santé ou des services sociaux est, quant à elle, plus marquée chez les personnes dont l'incapacité est modérée ou grave (6 %* et 4,7 %* c. 1,1 %*, incapacité légère).

Figure 8.5
Proportions des personnes ayant eu un besoin non comblé de soins de santé et d'aide à domicile posthospitaliers du CLSC[1] selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

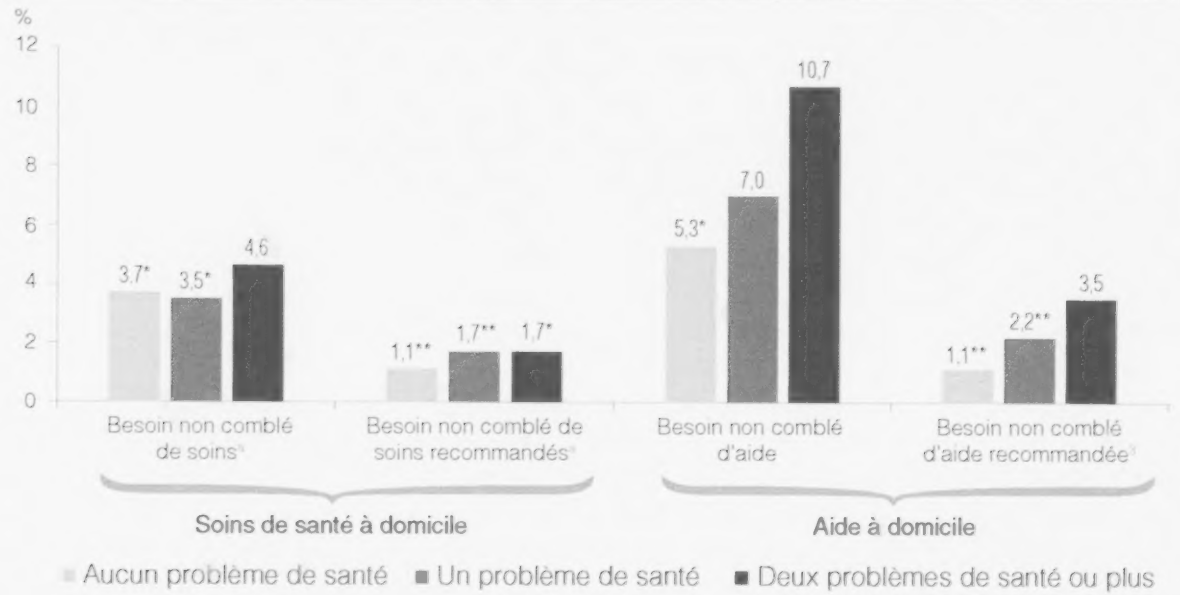
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Besoin non comblé de soins de santé ou d'aide à domicile du CLSC à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Soins de santé ou aide à domicile posthospitaliers recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

La présence d'un besoin non comblé d'aide à domicile est associée au nombre de problèmes de santé de longue durée (figure 8.6). En effet, les personnes avec incapacité ayant deux problèmes de cette nature ou plus sont plus nombreuses, en proportion, que les autres à rapporter un besoin non comblé à cet égard (11 % c. 7 %, un problème de santé et 5 %*, aucun problème de santé). Aucun groupe ne se distingue cependant de tous les autres quant aux besoins non comblés lorsque l'on considère les services recommandés par un professionnel de la santé ou des services sociaux.

Figure 8.6
Proportions des personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé et d'aide à domicile posthospitaliers du CLSC[1] selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité ayant reçu au moins un service hospitalier, Québec, 2010-2011



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Besoin non comblé de soins de santé ou d'aide à domicile du CLSC à la suite du dernier (seul) service hospitalier au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Soins de santé ou aide à domicile posthospitaliers recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, incluant le personnel de l'hôpital.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « nombre de problèmes de santé de longue durée » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

9 SOINS DE SANTÉ À DOMICILE DU CLSC OU D'AUTRES ORGANISMES PUBLICS OU PRIVÉS

LINDA CAZALE

Faits saillants

- Un peu moins d'une personne avec incapacité sur dix (8 %) a reçu des soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.
- Les personnes dont l'incapacité est grave et celles ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus sont plus nombreuses, en proportion, à avoir reçu des soins de santé à domicile.
- Pour la grande majorité (87 %) des personnes avec incapacité ayant reçu des soins de santé à domicile, ces soins ont été payés par le CLSC.
- Parmi les personnes avec incapacité ayant reçu des soins de santé à domicile, un peu moins du tiers (31 %) ont reçu des soins de cette nature durant 12 mois.
- Environ 3,4 % des personnes avec incapacité indiquent la présence de besoins non comblés de soins de santé à domicile au cours de la période de référence.
- Un peu plus d'une personne sur dix dont l'incapacité est grave mentionne la présence d'un besoin non comblé de soins de santé à domicile.

Dans le chapitre précédent, l'utilisation de services à domicile posthospitaliers du CLSC par les personnes de 15 ans et plus avec incapacité ayant reçu au moins un service de l'hôpital a été étudiée. Le présent chapitre apporte un nouvel éclairage en abordant cette fois tous les soins de santé à domicile reçus par les personnes avec incapacité au cours d'une période de 12 mois, ce qui englobe ceux déjà décrits au chapitre 8. Par soins de santé, on entend par exemple des prises de sang, des changements de pansements ou des traitements par un physiothérapeute. Il s'agit de soins faisant suite ou non à un congé de l'hôpital, dispensés par un CLSC ou tout autre organisme, par exemple d'une agence privée ou d'une coopérative de santé. Dans un premier temps, la proportion de personnes de 15 ans et plus avec incapacité ayant reçu des soins de santé à domicile est abordée. Il est ensuite question des sources de paiement de ces soins.

Suivent les résultats de deux indicateurs de fréquence, soit le nombre de mois de soins de santé à domicile (au cours d'une période de 12 mois) et le nombre de jours de soins de santé à domicile (au cours d'une période de deux semaines). Puis, le besoin non comblé de soins de santé à domicile est abordé, notamment le besoin non comblé pour des soins ayant été (en tout ou en partie) recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux. Les estimations sont détaillées selon le sexe et l'âge et pour quelques indicateurs, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, économiques[1] ou encore liées à l'incapacité et à la santé. Rappelons que la population avec incapacité sur laquelle porte l'EQLAV 2010-2011 est âgée de 15 ans et plus et vit dans un ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Les informations présentées dans ce chapitre sont pertinentes, notamment dans la perspective d'améliorer et d'étendre les programmes de soins et de services à domicile au Québec. De tels soins visent à permettre aux personnes de rester à leur domicile le plus longtemps possible ou d'y retourner rapidement après un épisode de soins (MSSS, 2003). Dans le contexte actuel du vieillissement de la population, les soins à domicile sont appelés à occuper une place de plus en plus importante dans la prise en charge de l'état de santé de la population, notamment celle ayant une incapacité. Il importe de les documenter.

1. Pour plus de détails sur les variables sociodémographiques et économiques, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 3, à la page 66.

Indicateurs utilisés

Soins de santé à domicile : Indicateur déterminant les personnes ayant reçu des soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois. Par soins de santé, on entend par exemple des prises de sang, des changements de pansements ou des traitements par un physiothérapeute. Sont exclus les services d'un médecin, d'un travailleur social, d'un intervenant en santé mentale ou d'un ambulancier. Ces soins comprennent ceux reçus d'un CLSC à la suite d'un service hospitalier ainsi que tout autre soin reçu à une autre occasion ou pour une autre condition de santé, dispensé par un CLSC ou par un autre organisme (par exemple, une agence privée, une coopérative) [Indicateur construit à partir des questions B6A, B10A, B13A, C1A et C8A].

Sources de paiement des soins de santé à domicile : Sources ayant assumé les frais encourus pour les soins de santé à domicile chez les personnes ayant reçu de tels services au cours d'une période de 12 mois. Trois sources sont documentées dans l'enquête : le CLSC, la personne elle-même (ce qui inclut le paiement par un proche ou par une assurance privée [financement partiel ou total]) et une « autre » source non précisée. Une personne peut mentionner plus d'une source de paiement pour les soins de santé à domicile qu'elle a reçus [Indicateurs construits à partir des questions C1B et C10].

Nombre de mois de soins de santé à domicile : Nombre de mois pour lesquels des soins ont été reçus chez les personnes ayant reçu des soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois. Quatre catégories composent cet indicateur : moins de 2 mois, entre 2 et 5 mois, entre 6 et 11 mois et 12 mois [Indicateur construit à partir des questions C3 et C11].

Nombre de jours de soins de santé à domicile : Nombre de jours pour lesquels des soins ont été reçus chez les personnes ayant reçu des soins de santé à domicile au cours d'une période de deux semaines (ces personnes sont déterminées à partir des questions C7A et C15A). Trois catégories composent cet indicateur : un jour, entre 2 et 6 jours et entre 7 et 14 jours [Indicateur construit à partir des questions C7B et C15B].

Besoin non comblé de soins de santé à domicile : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin de soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir des questions B6B, B10B, B13B, C4, C12A et C12B]. Une variante de cet indicateur tient compte de l'information selon laquelle les soins de santé à domicile n'ayant pu être obtenus avaient été (en tout ou en partie) recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux. Il s'agit alors d'un « **besoin non comblé de soins de santé à domicile recommandés** » [Indicateur construit à partir des questions B6B, B6C, B10B, B10C, B13B, B13C, C4, C12A, C12B, C14].

9.1 Soins de santé à domicile

9.1.1 Soins de santé à domicile selon le sexe et l'âge

Un peu moins d'une personne avec incapacité sur dix (8 %) a reçu des soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois

Selon l'EQLAV 2010-2011, près de 8 % des personnes avec incapacité ont reçu des soins de santé à domicile (ce qui correspond à environ 169 900 personnes) (tableau 9.1). Des différences selon le sexe et l'âge sont observées quant à l'utilisation de ces soins. Ainsi, les femmes avec incapacité sont plus nombreuses, en proportion, que les hommes à en avoir eu (9 % c. 6 %).

La prestation de soins de santé à domicile est aussi plus répandue chez les aînés avec incapacité que chez les personnes plus jeunes (16 % c. 3,9 %). Un examen plus détaillé des groupes d'âge indique que chez les aînés, la proportion de personnes ayant reçu de tels soins augmente d'un groupe à l'autre, passant de 8 % chez celles de 65 à 74 ans à 17 % chez les 75 à 84 ans et, enfin, à 36 % chez les 85 ans et plus. Notons que les personnes de 15 à 64 ans avec incapacité ont reçu, au cours de la période de référence, des soins de santé à domicile dans des proportions similaires (entre 2,7 %* et 4,2 %).

Tableau 9.1
Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile[1,2] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[3] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	6,4
Femmes	8,9
Groupe d'âge	
15-64 ans	3,9
15-24 ans	2,7*
25-49 ans	4,0
50-64 ans	4,2
65 ans et plus	16,1
65-74 ans	8,1
75-84 ans	17,4
85 ans et plus	36,2
Ensemble	7,7
Pe (k)	169,9

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.
2. Soins de santé à domicile dispensés par un CLSC ou un autre organisme (par exemple, une agence privée ou une coopérative de santé).
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

9.1.2 Soins de santé à domicile selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

Outre le sexe et l'âge, l'utilisation de soins de santé à domicile est associée à certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques (tableau 9.2). En effet, la proportion de personnes avec incapacité ayant reçu des soins de cette nature, au cours d'une période de 12 mois, est supérieure dans les groupes suivants :

- les personnes vivant seules (11 %);
- les personnes n'ayant pas de diplôme d'études secondaires (11 %);
- les personnes appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (12 %).

9.1.3 Soins de santé à domicile selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité et à la santé

Les personnes dont l'incapacité est grave et celles ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus sont plus nombreuses, en proportion, à avoir reçu des soins de santé à domicile

Le recours aux soins de santé à domicile est également associé à la gravité de l'incapacité et au nombre de problèmes de santé de longue durée (figure 9.1). La proportion de personnes avec incapacité ayant reçu de tels soins, au cours d'une période de 12 mois, croît avec chaque niveau de l'indice de gravité : si 3,2 % des individus dont l'incapacité est légère ont reçu ce type de soins, c'est le cas de 11 % chez ceux dont l'incapacité est modérée et de 30 % chez ceux dont l'incapacité est grave.

La figure 9.1 illustre par ailleurs que le recours aux soins de santé à domicile augmente avec le nombre de problèmes de santé de longue durée (2,3 %, aucun problème de santé c. 6 %, un problème de santé c. 12 %, deux problèmes de santé ou plus).

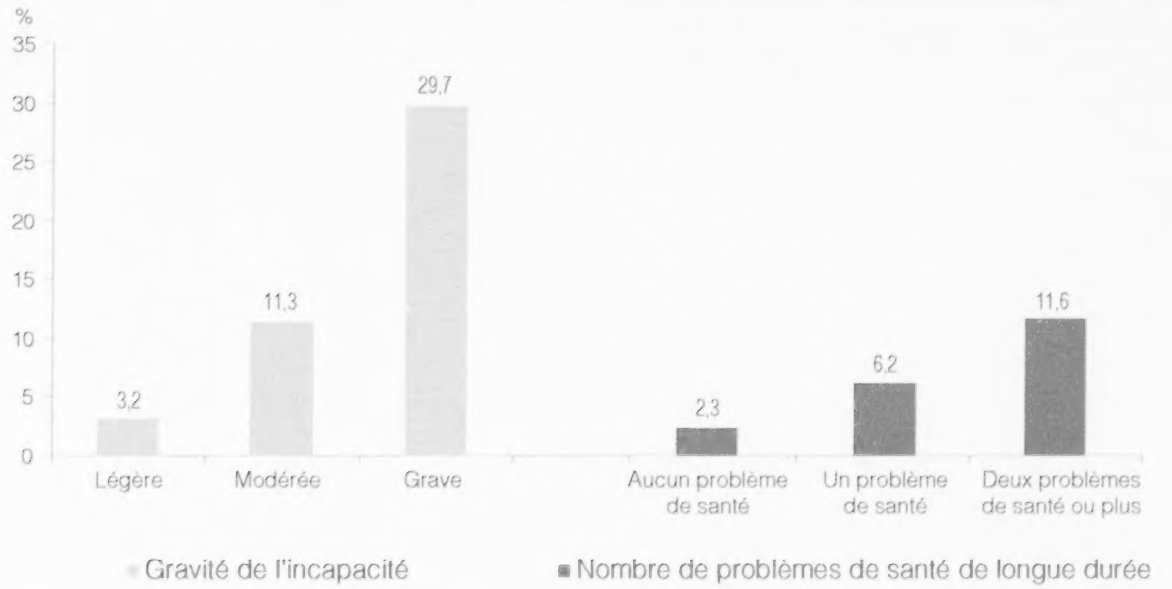
Tableau 9.2
Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile[1,2] selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus[3] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	%
Fait de vivre seul	
Oui	11,1
Non	6,5
Niveau de scolarité	
Sans diplôme d'études secondaires	10,9
Diplôme d'études secondaires	6,2
Diplôme d'études collégiales	4,3
Diplôme d'études universitaires	5,5
Niveau de revenu du ménage	
Sous le seuil de faible revenu	12,2
Au-dessus du seuil de faible revenu	6,1

1. Soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.
2. Soins de santé à domicile dispensés par un CLSC ou un autre organisme (par exemple une agence privée ou une coopérative de santé).
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Figure 9.1
Proportion de personnes ayant reçu des soins de santé à domicile[1,2] selon la gravité de l'incapacité et le nombre de problèmes de santé de longue durée, population de 15 ans et plus[3] avec incapacité, Québec, 2010-2011



1. Soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.
2. Soins de santé à domicile dispensés par un CLSC ou un autre organisme (par exemple une agence privée ou une coopérative de santé).
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

9.1.4 Sources de paiement des soins de santé à domicile

Le CLSC est la source de paiement la plus mentionnée par les personnes avec incapacité ayant reçu des soins de santé à domicile

La grande majorité (87 %) des personnes avec incapacité ayant reçu des soins de santé à domicile au cours d'une année mentionnent le CLSC comme source de paiement de ces soins (tableau 9.3), c'est dire qu'aucun déboursé n'a été fait par les personnes lors de la prestation de ces soins. Environ 15 % des personnes avec incapacité ont payé elles-mêmes[2] les soins de santé à domicile, et une faible proportion (1,9 %*) ont indiqué qu'une autre source de paiement non précisée a assumé le coût des soins.

Rappelons qu'une personne peut mentionner plus d'une source de paiement pour les soins de santé à domicile qu'elle a reçus.

Il n'y a pas de différence selon le sexe quant aux sources de paiement. Toutefois, les personnes âgées de 65 ans et plus avec incapacité sont plus nombreuses, en proportion, que celles de 15 à 64 ans à mentionner le CLSC (89 % c. 83 %). Les données de l'enquête indiquent également que les personnes avec incapacité appartenant à un ménage qui vit au-dessus du seuil de faible revenu sont proportionnellement plus nombreuses à avoir payé pour recevoir des soins de santé à domicile (18 % c. 10 %*, sous le seuil de faible revenu) (données non présentées).

2. Cela inclut le paiement par un proche de la personne ou encore au moyen d'une assurance privée qui rembourse en partie ou en totalité le coût des soins de santé à domicile.

Tableau 9.3
Proportion de personnes selon les sources de paiement[1] pour les soins de santé à domicile[2,3], le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[4] avec incapacité ayant reçu des soins de santé à domicile, Québec, 2010-2011

	Soins de santé à domicile payés par		
	Le CLSC	La personne elle-même[5]	Autre[6]
	%		
Sexe[a]			
Hommes	89,2	12,5*	1,8**
Femmes	85,7	16,6	2,0**
Groupe d'âge			
15-64 ans	82,9	16,8*	1,9**
65 ans et plus	89,5	14,0	1,9**
Ensemble	**87,1**	**15,0**	**1,9***

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Une personne peut mentionner plus d'une source de paiement.
2. Soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.
3. Soins de santé à domicile dispensés par un CLSC ou un autre organisme (par exemple, une agence privée ou une coopérative de santé).
4. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
5. Cela fait référence au paiement par la personne ou par un proche, ou encore par une assurance privée (financement partiel ou total).
6. Autre source de paiement non précisée.

a. Les tests globaux du Khi deux entre cette variable et les variables relatives aux « sources de paiement » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

9.1.5 Fréquence de soins de santé à domicile

Les deux indicateurs de fréquence de soins de santé à domicile chez les personnes avec incapacité estimés à partir des données de l'EQLAV 2010-2011 sont le nombre de mois de soins à domicile reçus au cours d'une période de 12 mois et le nombre de jours de soins à domicile reçus au cours de deux semaines.

Nombre de mois de soins de santé à domicile

> Parmi les personnes avec incapacité ayant reçu des soins de santé à domicile, un peu moins du tiers les ont reçus durant 12 mois

Parmi les personnes avec incapacité ayant reçu des soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois, près de 38 % en ont reçu « moins de 2 mois », 22 % en ont reçu « entre 2 et 5 mois », 8 % « entre 6 et 11 mois » et 31 % durant les « 12 mois ». L'enquête ne permet pas de détecter d'association entre le sexe et le nombre de mois pendant lesquels les soins de santé ont été reçus à domicile (tableau 9.4).

Le nombre de mois de soins de santé à domicile varie cependant selon l'âge. Les personnes avec incapacité de 15 à 64 ans sont plus nombreuses, en proportion, à avoir reçu de tels soins « moins de 2 mois » (57 % c. 28 %). À l'inverse, les aînés avec incapacité figurent en plus forte proportion dans les catégories « entre 2 et 5 mois » et « 12 mois » (25 % c. 18 % et 38 % c. 18 %, respectivement).

Tableau 9.4
Nombre de mois de soins de santé à domicile[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité ayant reçu des soins de santé à domicile[3], Québec, 2010-2011

	Moins de 2 mois	Entre 2 et 5 mois	Entre 6 et 11 mois	12 mois
		%		
Sexe[a]				
Hommes	43,9	20,0	7,5*	28,6
Femmes	34,6	24,2	8,9	32,3
Groupe d'âge				
15-64 ans	56,7	17,7	7,2*	18,4
65 ans et plus	28,2	25,1	9,0	37,7
Ensemble	**38,4**	**22,5**	**8,3**	**30,8**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Soins de santé à domicile dispensés par un CLSC ou un autre organisme (par exemple, une agence privée ou une coopérative).
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « Nombre de mois de soins à domicile » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Nombre de jours de soins de santé à domicile

Mentionnons que parmi les personnes avec incapacité ayant reçu des soins de santé à domicile, un peu moins du tiers (32 %) en ont reçu au cours d'une période de deux semaines (donnée non présentée). Si les femmes avec incapacité ne se distinguent pas des hommes sur ce plan, les aînés avec incapacité sont plus nombreux, en proportion, que les personnes âgées de 15 à 64 ans à avoir reçu des soins au cours de cette période de référence (38 % c. 21 %) (données non présentées).

Parmi les personnes avec incapacité ayant reçu des soins de santé à domicile au cours d'une période de deux semaines, un peu moins de la moitié (47 %) en ont reçu « 1 jour », 37 % en ont reçu « entre 2 et 6 jours » et 17 %* « entre 7 et 14 jours » (données non présentées). L'enquête ne permet pas de détecter de variation significative selon le sexe ni selon l'âge à cet égard.

9.2 Besoins non comblés de soins de santé à domicile

9.2.1 Besoins non comblés de soins de santé à domicile selon le sexe et l'âge

Environ 3,4 % des personnes avec incapacité indiquent avoir eu besoin de soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois sans avoir pu les obtenir

Une faible minorité (3,4 %) de personnes avec incapacité considèrent ne pas avoir reçu les soins de santé à domicile dont elles auraient eu besoin (tableau 9.5). Toutes proportions gardées, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à évoquer des besoins non comblés à cet égard (4,1 % c. 2,6 %). Cette situation est également plus courante chez les personnes de 65 ans et plus avec incapacité que chez les plus jeunes (4,1 % c. 3,0 %). Les aînés de 85 ans et plus avec incapacité se démarquent avec la proportion la plus élevée de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé (6 %), les personnes entre 15 et 84 ans ne se distinguant pas entre elles sur ce plan.

Environ 1,4 % des personnes avec incapacité mentionnent que les soins de santé à domicile qu'elles n'ont pas reçus avaient été, en tout ou en partie, recommandés par un médecin ou un professionnel de la santé ou des services sociaux (donnée non présentée). Les femmes dans cette situation sont dans une proportion légèrement supérieure que les hommes (1,8 % c. 1,0 %*). Le profil est similaire chez les aînés comparativement aux personnes de 15 à 64 ans (2,0 % c. 1,2 %*) (données non présentées).

Tableau 9.5
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé à domicile[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	2,6
Femmes	4,1
Groupe d'âge	
15-64 ans	3,0
15-24 ans	2,2**
25-49 ans	3,4
50-64 ans	2,9
65 ans et plus	4,1
65-74 ans	3,5
75-84 ans	4,0*
85 ans et plus	6,3
Ensemble	**3,4**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation fournie à titre indicatif seulement.

1. Besoin non comblé de soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

9.2.2 Besoins non comblés de soins de santé à domicile selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

Outre le sexe et l'âge, la présence de besoins non combles de soins de santé à domicile est associée à certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques des personnes (tableau 9.6). En effet, la proportion de personnes avec incapacité ayant vécu, au cours d'une période de 12 mois, une telle situation est plus élevée chez :

- les personnes vivant seules (6 %);
- les personnes appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (6 %).

Tableau 9.6
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé à domicile[1] selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	%
Fait de vivre seul	
Oui	5,9
Non	2,6
Niveau de revenu du ménage	
Sous le seuil de faible revenu	5,9
Au-dessus du seuil de faible revenu	2,5

1. Besoin non comblé de soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

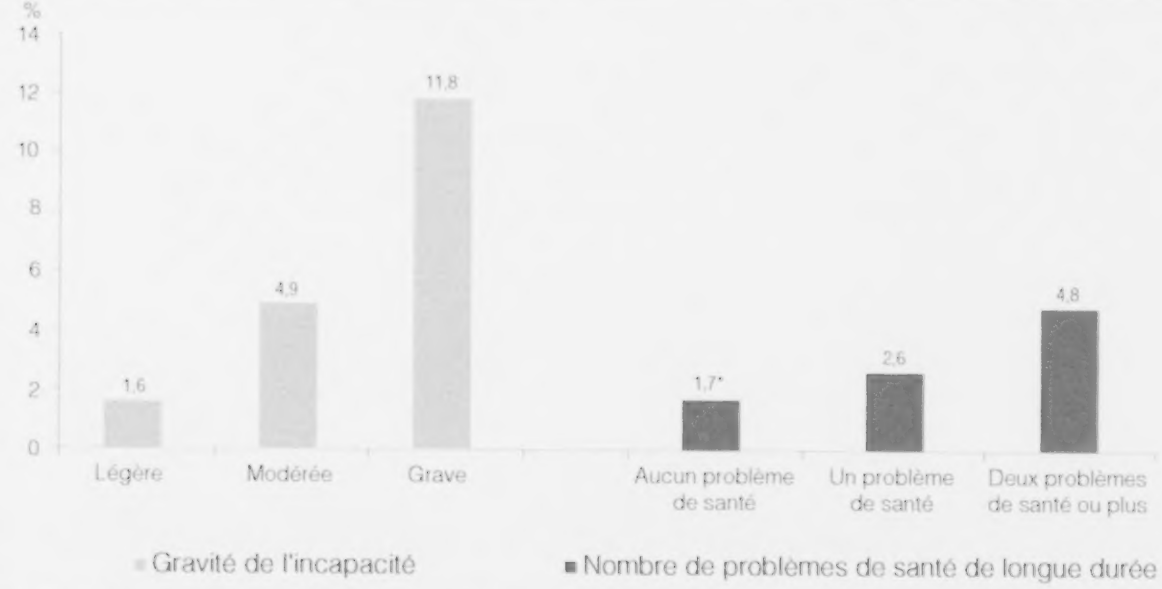
9.2.3 Besoins non comblés de soins de santé à domicile selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité et à la santé

Un peu plus d'une personne sur dix dont l'incapacité est grave mentionne un besoin non comblé de soins de santé à domicile

La présence de besoins non comblés de soins de santé à domicile varie également selon la gravité de l'incapacité et le nombre de problèmes de santé de longue durée (figure 9.2). Signalons tout d'abord que près de 12 % des personnes dont l'incapacité est grave indiquent des besoins de cette nature. Cette proportion est supérieure à celle observée chez les personnes dont l'incapacité est légère ou modérée (1,6 % et 4,9 %, respectivement).

Par ailleurs, les données de l'enquête révèlent que les besoins non comblés de soins de santé à domicile sont plus répandus, en proportion, chez les personnes avec incapacité ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus (4,8 %), les autres ne se distinguant pas statistiquement entre elles sur ce plan (1,7 %* et 2,6 %) (figure 9.2).

Figure 9.2
Proportion de personnes ayant un besoin non comblé de soins de santé à domicile[1] selon certaines caractéristiques liées à la santé, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011



* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %, interpréter avec prudence.

1. Besoin non comblé de soins de santé à domicile au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

10 SERVICES DE RÉADAPTATION SPÉCIALISÉS

GAËTANE DUBÉ

Faits saillants

- L'enquête estime à 3,3 % la proportion de personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, ayant reçu des services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED au cours d'une période de 12 mois.
- La grande majorité d'entre elles, soit 81 %, ont reçu de tels services en raison de difficultés liées aux mouvements.
- La proportion de personnes ayant eu besoin des services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED au cours d'une période de 12 mois sans pouvoir les obtenir, est d'environ 2,8 %.
- L'enquête estime à 14 % la proportion de personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité de nature psychologique qui ont reçu des services de soutien dans la communauté au cours d'une période de 12 mois, et à environ 5 %* la proportion de celles qui ont reçu des services de réadaptation en raison de problèmes d'alcool, de drogue ou de jeu.

Une grande partie de l'EQLAV couvre l'utilisation des services de santé et des services sociaux sous différents angles. Dans ce chapitre, on s'intéresse plus particulièrement à l'utilisation des services de réadaptation spécialisés offerts gratuitement dans les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) ou dans les centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) de même qu'à l'utilisation des services de réadaptation en santé mentale, alcoolisme ou toxicomanie. Rappelons que la population à l'étude est composée des personnes âgées de 15 ans et plus avec incapacité vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel[1].

En général, les CRDP sont des établissements du réseau de la santé et des services sociaux spécialisés dans l'adaptation, la réadaptation et l'intégration sociale des personnes qui présentent des incapacités significatives et persistantes découlant d'une déficience physique. À titre d'exemple, ces centres ont pour mission de permettre aux personnes qui présentent une ou plusieurs déficiences de développer ou de regagner leur autonomie et de participer à la vie sociale[2]. Leur intervention est axée sur les individus ayant une déficience auditive, une déficience du langage, une déficience motrice ou une déficience visuelle entraînant des problèmes d'autonomie tantôt légers, tantôt sévères. Les CRDITED offrent quant à eux

1. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).
2. Sources de l'information : Centre de réadaptation en déficience physique – Chaudière-Appalaches, [En ligne]. [http://www.crdpca qc.ca/index.php?id=qui_sommes_nous] et Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, [En ligne]. [http://www.aerdpq.org/les-crdp/clientele].

des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation, d'intégration sociale et d'accompagnement ou de soutien à des personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED)[3].

Ce chapitre trace d'abord le portrait des personnes âgées de 15 ans et plus avec incapacité présentant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée[4] qui déclarent avoir reçu des services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED au cours d'une période de 12 mois, puis celui du besoin non comblé en cette matière. Les données sont présentées selon le sexe et l'âge, puis, lorsque l'enquête le permet, en fonction de caractéristiques sociodémographiques et économiques[5] ou liées à l'incapacité[6].

La seconde partie du chapitre décrit les principales caractéristiques des personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité de nature psychologique[7] qui déclarent avoir reçu des services gratuits de réadaptation spécialisés en santé mentale, alcoolisme ou toxicomanie. Il s'agit ici de services d'intégration sociale et d'accompagnement dans la communauté, aussi connus sous les termes de « soutien dans la communauté » ou « suivi intensif » et les services de réadaptation en raison d'un problème d'alcool, de drogue ou de jeu reçus au cours d'une période de 12 mois. Le besoin non comblé à cet égard y est également étudié.

Indicateurs utilisés

Indicateurs se rapportant aux personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée

Services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED : Indicateurs déterminant les personnes ayant reçu des services gratuits d'un centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) ou d'un centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED), au cours de leur vie ou au cours d'une période de 12 mois, en raison de difficultés persistantes (ou permanentes) dues à une déficience motrice, visuelle, auditive ou du langage ou encore à une déficience intellectuelle (DI) ou à un trouble envahissant du développement (TED). Un indicateur global et un indicateur spécifique à chacun des types de centres sont utilisés [Indicateurs construits à partir des questions D1, D2 et D4].

Types de difficultés : Indicateur établissant les personnes ayant reçu des services spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED au cours d'une période de 12 mois pour chaque type de difficultés. Une personne peut avoir reçu les services pour plus d'un type de difficultés [Indicateur construit à partir de la question D3].

Besoin non comblé de services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin des services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir des questions D6A et D6B].

---

3. Source de l'information : Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle ou en troubles envahissants du développement. [En ligne]. [http://fqcrdited.org/qui-sommes-nous/].
4. D'après l'EQLAV, 86 % de la population de 15 ans et plus avec incapacité présente une déficience physique (incapacités liées à l'audition, la vision, la parole, l'agilité ou à la mobilité) ou intellectuelle (déficience intellectuelle ou TED) ou encore une incapacité de nature indéterminée. Pour plus de détails sur la répartition de la population à l'étude selon le type d'incapacité, voir le chapitre 2.
5. Pour plus de détails sur les variables sociodémographiques et économiques, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 3, à la page 66.
6. Pour plus de détails sur les caractéristiques liées à l'incapacité, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 2, à la page 54.
7. La proportion de la population de 15 ans et plus avec incapacité présentant une incapacité liée à des troubles de nature psychologique est estimée à 13 %.

Indicateurs utilisés (suite)

Besoin non comblé de services d'aide technique : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin de services d'aide technique (fauteuil roulant, prothèse) ou de services d'entraînement pour une aide technique au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir de la question D7A]. Un second indicateur détermine les personnes qui sont en attente de tels services parmi celles présentant un besoin non comblé [Indicateur construit à partir de la question D7B].

Besoin non comblé de services visant la récupération des capacités au maximum : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin de services visant la récupération de leurs capacités au maximum (à la suite d'un accident, d'un traumatisme crânien ou d'un AVC), sans pouvoir les obtenir, ou qui sont en attente de tels services [Indicateur construit à partir de la question D8A]. Un second indicateur détermine les personnes qui sont en attente de tels services parmi celles présentant un besoin non comblé [Indicateur construit à partir de la question D8B].

Besoin non comblé d'autres services de réadaptation : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin d'autres services d'un centre de réadaptation (pour utiliser les transports en commun, pour intégrer le marché du travail ou pour améliorer leur capacité à vivre à domicile de façon autonome), sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir de la question D9A]. Un second indicateur détermine les personnes qui sont en attente de tels services parmi celles présentant un besoin non comblé [Indicateur construit à partir de la question D9B].

Indicateurs se rapportant aux personnes ayant une incapacité de nature psychologique

Services de soutien dans la communauté : Indicateur déterminant les personnes suivies par un intervenant pour les aider à vivre dans la communauté au cours d'une période de 12 mois (aide pour gérer les médicaments, comprendre les signes de rechute, trouver un logement ou retourner aux études ou sur le marché du travail) [Indicateur construit à partir de la question DD1].

Besoin non comblé de services de soutien dans la communauté : Indicateur établissant les personnes qui ont eu besoin des services de soutien dans la communauté, sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir des questions DD2A et DD2B].

Services de réadaptation en raison d'un problème d'alcool, de drogue ou de jeu : Indicateur déterminant les personnes ayant reçu des services de réadaptation en raison d'un problème d'alcool, de drogue ou de jeu au cours d'une période de 12 mois [Indicateur construit à partir de la question DD4].

Besoin non comblé de services de réadaptation en raison d'un problème d'alcool, de drogue ou de jeu : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin de services de réadaptation en raison d'un problème d'alcool, de drogue ou de jeu au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir des questions DD5A et DD5B].

Possibilité de contacter un intervenant : Indicateur déterminant les personnes qui pouvaient facilement contacter un intervenant (travailleur social, infirmière en santé mentale, éducateur, psychoéducateur) en cas de besoin lié à un trouble émotif, psychologique ou psychiatrique ou à un problème d'alcool, de drogue ou de jeu. Cet indicateur comprend trois catégories : oui, non, ne s'applique pas [Indicateur construit à partir de la question DD7A].

10.1 Utilisation des services de réadaptation spécialisés en déficience physique ou en déficience intellectuelle/TED et besoin non comblé

10.1.1 Utilisation des services d'un CRDP ou d'un CRDITED selon le sexe et l'âge

Un québécois sur sept âgé de 15 ans et plus ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, a reçu des services spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED au cours de sa vie

D'après l'EQLAV, environ 14 % des personnes âgées de 15 ans et plus ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, ont reçu à un moment ou un autre de leur vie des services spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED (tableau 10.1). En proportion, plus d'hommes que de femmes seraient concernés par cette situation (16 % c. 12 %). Il en est de même des personnes de 15 à 64 ans par rapport à celles de 65 ans et plus (14 % c. 13 %).

Tableau 10.1
Proportion de personnes ayant reçu des services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[2] ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, Québec, 2010-2011

	%
Sexe	
Hommes	15,8
Femmes	12,0
Groupe d'âge	
15-64 ans	14,4
65 ans et plus	12,5
Ensemble	**13,7**

1. Services de réadaptation reçus au cours de la vie.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Environ 3,3 % des personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, ont reçu des services spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED au cours d'une période de 12 mois

En référant cette fois à une période de 12 mois, l'enquête révèle qu'environ 3,3 % des personnes âgées de 15 ans et plus ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, ont reçu des services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED au cours de cette période (tableau 10.2). Cette proportion varie selon l'âge des individus.

Ainsi, on note qu'une proportion un peu plus élevée de personnes de 15 à 64 ans que de personnes de 65 ans et plus ont reçu de tels services pendant cet intervalle de temps (3,7 % c. 2,4 %). Ce résultat est sans doute en partie attribuable au fait qu'une plus grande proportion de personnes âgées de 15 à 64 ans, comparées à celles de 65 ans et plus, ont reçu des services d'un CRDP (3,2 % c. 2,3 %). Lorsque l'attention porte plus spécifiquement sur les personnes ayant une déficience intellectuelle/TED, il ressort que 20 %* d'entre elles ont reçu des services de réadaptation spécialisés d'un CRDITED au cours d'une période de 12 mois (données non présentées).

Tableau 10.2
Proportion de personnes ayant reçu des services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[2] ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, Québec, 2010-2011

	CRDP	CRDITED	CRDP et CRDITED réunis
	%		
Sexe[a]			
Hommes	2,8	1,0*	3,5
Femmes	3,0	0,3**	3,0
Groupe d'âge[b]			
15-64 ans	3,2	0,9*	3,7
65 ans et plus	2,3	0,2**	2,4
Ensemble	2,9	0,7*	3,3

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Services de réadaptation reçus au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Les tests globaux du Khi-deux entre les variables « services d'un CRDP » ou « services d'un CRDP et d'un CRDITED réunis » et la variable « sexe » sont non significatifs au seuil de 5 %.

b. Le test global du Khi-deux entre la variable « services d'un CRDITED » et la variable « groupe d'âge » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

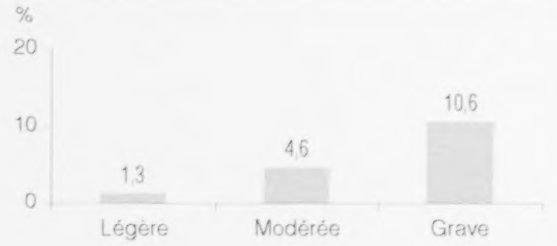
10.1.2 Utilisation des services d'un CRDP ou d'un CRDITED selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

L'enquête montre que l'utilisation des services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED varie peu en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques. On observe en effet que la proportion de personnes qui ont reçu de tels services est plus élevée chez celles appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu que chez celles appartenant à un ménage vivant au-dessus du seuil de faible revenu (4,1 % c. 2,9 %) (données non présentées).

10.1.3 Utilisation des services d'un CRDP ou d'un CRDITED selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité

Lorsque, chez les personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, l'on tient compte de certaines caractéristiques liées à l'incapacité, on constate que la proportion de celles ayant reçu des services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED varie en fonction de certaines de ces caractéristiques. On note, par exemple, que la proportion de personnes qui ont reçu de tels services augmente avec la gravité de l'incapacité, passant de 1,3 % chez celles ayant une incapacité légère à 4,6 % chez celles ayant une incapacité modérée, pour finalement correspondre à 11 % chez les personnes ayant une incapacité grave (figure 10.1).

Figure 10.1
Proportion de personnes ayant reçu des services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED[1] selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[2] ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, Québec, 2010-2011



1. Services de réadaptation reçus au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Les variations selon le type d'incapacité (tableau 10.3) indiquent quant à elles que la proportion de personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, qui ont reçu des services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED au cours de la période de référence est plus élevée chez celles ayant une incapacité liée à la vision, à la parole, à la mobilité, à l'agilité, à l'apprentissage,

à la mémoire, à une déficience intellectuelle ou à un trouble envahissant du développement, ou encore à une incapacité de nature psychologique, comparativement à celles qui n'ont pas ce type d'incapacité. À l'inverse, la proportion des personnes ayant reçu de tels services est moins élevée chez celles ayant une incapacité de nature indéterminée, comparativement à celles n'ayant pas ce type d'incapacité.

Tableau 10.3
Proportion de personnes ayant reçu des services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED[1] selon le type d'incapacité[2], population de 15 ans et plus[3] ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, Québec, 2010-2011

	Ayant ce type d'incapacité	N'ayant pas ce type d'incapacité
	%	
Audition[a]	2,7	3,5
Vision	4,6	3,0
Parole	15,6	2,6
Mobilité	4,4	2,2
Agilité	4,2	2,1
Apprentissage	11,7	2,5
Mémoire	4,5*	3,0
Déficience/TED	25,0	2,5
Psychologique	8,7*	2,7
Indéterminée[4]	1,2**	3,5

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Services de réadaptation reçus au cours d'une période de 12 mois.
2. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.
3. Population vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel.
4. Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

a. Le test global du Khi deux entre la variable « services d'un CRDP ou d'un CRDITED » et la variable « audition » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

10.1.4 Utilisation des services d'un CRDP ou d'un CRDITED selon le type de difficultés

Environ huit personnes sur dix ont reçu des services de réadaptation en raison de difficultés liées aux mouvements

Quatre types de difficultés pour lesquels les personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, ont reçu des services de réadaptation spécialisés d'un CRDP au cours d'une période de 12 mois[3] sont documentés dans l'enquête : il s'agit des difficultés liées aux mouvements, à la vision, à l'audition ou à la parole.

Les données présentées au tableau 10.4 montrent que la grande majorité des personnes, soit 81 %, ont reçu des services de réadaptation en raison de difficultés liées aux mouvements. Des proportions similaires de personnes rapportent que c'est parce qu'elles ont des difficultés à voir (ex. : cécité, capacité visuelle diminuée) (14 %*), à entendre (ex. : surdité, malentendance, perte de la capacité auditive) (14 %*), ou à parler et à se faire comprendre (ex. : aphasie) (15 %*).

Tableau 10.4
Type de difficultés[1] pour lequel des services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED[2] ont été reçus, population de 15 ans et plus[3] ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, qui a utilisé les services spécialisés d'un CRDP, Québec, 2010-2011

	%
Liées aux mouvements	80,9
Liées à la vision	13,5*
Liées à l'audition	13,8*
Liées à la parole ou à se faire comprendre	15,2*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Une personne peut avoir utilisé les services pour plus d'un type de difficultés.
2. Services de réadaptation reçus au cours d'une période de 12 mois.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

8. Une personne peut avoir reçu des services pour plus d'un type de difficultés.

10.1.5 Besoin non comblé de services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED

Une faible part des personnes concernées présentent un besoin non comblé de services d'un CRDP ou d'un CRDITED

L'enquête documente les besoins non comblés à l'égard de trois types de services de réadaptation. Le premier couvre les besoins non comblés en matière d'aide technique (par exemple, un fauteuil roulant, une prothèse) et d'entraînement pour une aide technique. Le second type porte sur les services visant la récupération maximale des capacités à la suite, par exemple, d'un accident, d'un traumatisme crânien ou d'un AVC. Le dernier type s'intéresse aux autres services que les personnes peuvent obtenir d'un centre de réadaptation, comme des services d'aide pour utiliser les transports en commun, pour intégrer le marché du travail ou pour améliorer leur capacité à vivre de manière autonome dans leur domicile.

D'après l'EQLAV, 2,8 % des personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, ont eu besoin de services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir les obtenir[9] (donnée non présentée). Les données présentées au tableau 10.5 montrent que parmi ces personnes 21 %* ont eu besoin de services d'aide technique et qu'environ 40 %* de ces dernières sont en attente de ce type de services. Presque le quart (24 %) mentionnent avoir eu besoin de services visant la récupération de leurs capacités au maximum et environ 44 %* d'entre elles sont en attente de tels services. Puis, 30 % indiquent avoir eu besoin d'autres services de réadaptation et environ 44 %* de ces personnes sont en attente de ces autres types de services.

Tableau 10.5
Proportions de personnes présentant un besoin non comblé ou en attente de services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED[1] selon le type de services[2], population de 15 ans et plus[3] ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, et ayant un besoin non comblé de services, Québec, 2010-2011

	Besoin non comblé	En attente de services[4]
	%	
Services d'aide technique	20,8*	40,0*
Services visant la récupération des capacités au maximum	24,3	44,1*
Autres types de services de réadaptation	29,8	43,8*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Besoin non comblé de services de réadaptation au cours d'une période de 12 mois.
2. Une personne peut présenter un besoin non comblé ou être en attente pour plus d'un type de services.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
4. Parmi les personnes ayant un besoin non comblé pour le type de services étudié.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010 2011*.

9. Une personne peut présenter un besoin non comblé ou être en attente pour plus d'un type de services.

10.1.6 Besoin non comblé de services d'un CRDP ou d'un CRDITED selon le sexe et l'âge

Toutes proportions gardées, davantage de personnes de 15 à 64 ans ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, présentent un besoin non comblé de services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED

L'enquête révèle que des proportions similaires d'hommes et de femmes présentent un besoin non comblé de services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED (tableau 10.6). Sur le plan de l'âge, les personnes de 15 à 64 ans sont, en proportion, plus nombreuses que celles de 65 ans et plus à déclarer un besoin non comblé en cette matière (3,4 % c. 1,6 %).

Tableau 10.6
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé de services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[2] ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, Québec, 2010-2011

	%
Sexe[a]	
Hommes	2,6
Femmes	2,9
Groupe d'âge	
15-64 ans	3,4
65 ans et plus	1,6

1. Besoin non comblé de services de réadaptation au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi deux entre la variable « besoin non comblé de services spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED » et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

10.1.7 Besoin non comblé de services d'un CRDP ou d'un CRDITED selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

La proportion de personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, présentant un besoin non comblé de services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED est peu liée à des variables sociodémographiques et économiques (tableau 10.7). L'enquête décèle toutefois que cette proportion est plus élevée dans les groupes suivants :

- les immigrants de longue date (au Canada depuis plus de 5 ans) (4,6 %*),
- les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (4,2 %).

Tableau 10.7
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé de services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED[1] selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus[2] ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, Québec, 2010-2011

	%
Statut d'immigration	
Canadien de naissance	2,5
Immigrant récent (5 ans ou moins)	x
Immigrant de longue date (5 ans ou plus)	4,6*
Niveau de revenu du ménage	
Sous le seuil de faible revenu	4,2
Au-dessus du seuil de faible revenu	2,4

x Donnée confidentielle.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Besoin non comblé de services de réadaptation au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

10.1.8 Besoin non comblé de services d'un CRDP ou d'un CRDITED selon certaines caractéristiques liées à l'incapacité

Chez les personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, 9 % de celles ayant une incapacité grave et 3,9 % de celles ayant une incapacité modérée ont eu besoin de services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED, sans pouvoir les obtenir

L'enquête révèle aussi que la proportion de personnes présentant un besoin non comblé de services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED augmente selon la gravité de l'incapacité des personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée (figure 10.2). Ainsi, 1,2 %* de celles ayant une incapacité légère déclarent un besoin non comblé; cette proportion grimpe à 3,9 % chez celles ayant une incapacité modérée puis s'élève à 9 % chez celles ayant une incapacité grave.

La proportion de personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, présentant un besoin non comblé en matière de services de réadaptation spécialisés varie également en fonction du type d'incapacité (tableau 10.8). On constate ainsi, chez les personnes ayant une incapacité liée à la parole, à la mobilité, à l'agilité, à l'apprentissage, à la mémoire, à une déficience intellectuelle ou à un trouble envahissant du développement, ou encore une incapacité de nature psychologique, que la proportion de celles présentant un besoin non comblé est plus élevée chez celles qui ont le type d'incapacité en question que chez celles qui ne l'ont pas. À l'opposé, parmi les personnes ayant une incapacité de nature indéterminée, la proportion de celles présentant un besoin non comblé est moins élevée chez celles ayant ce type d'incapacité que chez celles ne l'ayant pas.

Figure 10.2
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé de services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED[1] selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[2] ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, Québec, 2010-2011

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Besoin non comblé de services de réadaptation au cours d'une période de 12 mois.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Tableau 10.8
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé de services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED[1] selon le type d'incapacité[2], population de 15 ans et plus[3] ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou une incapacité de nature indéterminée, Québec, 2010-2011

	Ayant ce type d'incapacité	N'ayant pas ce type d'incapacité
	%	
Audition[a]	2,5*	2,9
Vision[a]	3,3*	2,7
Parole	8,3*	2,5
Mobilité	4,3	1,5*
Agilité	4,0	1,3*
Apprentissage	9,3*	2,2
Mémoire	5,0*	2,4
Déficience/TED	8,9**	2,5
Psychologique	9,5	2,1
Indéterminée[4]	1,1**	3,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Besoin non comblé de services de réadaptation au cours d'une période de 12 mois.
2. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.
3. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
4. Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

a. Les tests globaux du Khi-deux entre la variable « besoin non comblé de services spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED » et les variables « audition » ou « vision » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

10.2 Utilisation des services de réadaptation spécialisés en santé mentale, alcoolisme ou toxicomanie et besoin non comblé

10.2.1 Utilisation des services de soutien dans la communauté

Selon le sexe et l'âge

Environ 14 % des personnes ayant une incapacité de nature psychologique ont reçu des services de soutien dans la communauté au cours d'une période de 12 mois

D'après l'EQLAV, environ 14 % des personnes ayant une incapacité de nature psychologique ont été suivies par un intervenant pour les aider à vivre dans la communauté – par exemple, pour les aider à gérer la prise de leurs médicaments, à mieux comprendre les signes de rechute, à trouver un logement ou à retourner aux études ou sur le marché du travail (tableau 10.9). Ce type de support à l'intégration sociale et d'accompagnement est aussi appelé « soutien dans la communauté » ou « suivi intensif ».

L'enquête révèle que des proportions similaires d'hommes et de femmes ayant une incapacité de nature psychologique ont reçu cette forme de soutien dans la communauté (tableau 10.9). Sur le plan de l'âge, la proportion de personnes dans cette situation est plus élevée chez celles âgées de 15 à 64 ans que chez celles de 65 ans et plus (16 % c. 6 %**). Les variations selon l'âge montrent plus précisément que l'écart constaté entre les grands groupes d'âge est en partie attribuable aux proportions élevées de personnes âgées de 15 à 24 ans et de 25 à 49 ans ayant bénéficié de ce soutien dans la communauté (18 %* et 20 %). Ces proportions se distinguent de celles notées chez tous les groupes d'âge plus avancés.

Tableau 10.9
Proportion de personnes ayant reçu des services de soutien dans la communauté[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[2] ayant une incapacité de nature psychologique, Québec, 2010-2011

	%
Sexe[a]	
Hommes	16,4
Femmes	12,6
Groupe d'âge	
15-64 ans	15,9
15-24 ans	18,2*
25-49 ans	19,9
50-64 ans	8,8*
65 ans et plus	5,7**
65-74 ans	8,9**
75 ans et plus	2,5**
Ensemble	**14,3**

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Services de soutien dans la communauté au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi-deux entre la variable « services de soutien dans la communauté » et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques

L'enquête révèle également que la proportion de personnes ayant une incapacité de nature psychologique qui ont reçu des services de soutien dans la communauté varie en fonction de certaines variables sociodémographiques et économiques (tableau 10.10). Cette proportion est plus élevée au sein des groupes suivants :

- les personnes vivant seules (19 %*);
- les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (23 %).

Tableau 10.10
Proportion de personnes ayant reçu des services de soutien dans la communauté[1] selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus[2] ayant une incapacité de nature psychologique, Québec, 2010-2011

	%
Fait de vivre seul	
Oui	18,9*
Non	12,4
Niveau de revenu du ménage	
Sous le seuil de faible revenu	22,5
Au-dessus du seuil de faible revenu	9,8

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Services de soutien dans la communauté au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Besoin non comblé de services de soutien dans la communauté

D'après l'EQLAV, la proportion de personnes ayant une incapacité de nature psychologique qui ont eu besoin de services de soutien dans la communauté au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir les obtenir, ou qui n'ont pas reçus les services additionnels dont elles estiment avoir eu besoin, est de 8 %. Parmi celles-ci, près d'une personne sur deux (49 %) déclare être en attente de tels services. En ce qui a trait au besoin non comblé, l'enquête ne détecte pas d'écarts statistiquement significatifs entre les hommes et les femmes. Elle ne décèle pas non plus de lien avec l'âge des individus (données non présentées).

L'enquête ne détecte pas de lien entre le besoin non comblé en matière de services de soutien dans la communauté et les caractéristiques sociodémographiques et économiques analysées, comme le statut d'immigration, le niveau de scolarité, le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage auquel appartiennent les personnes âgées de 15 ans et plus ayant une incapacité de nature psychologique concernées par cette situation.

10.2.2 Utilisation des services de réadaptation en raison d'un problème d'alcool, de drogue ou de jeu et besoin non comblé

Environ 5 %* des personnes ayant une incapacité de nature psychologique ont reçu des services de réadaptation en raison d'un problème d'alcool, de drogue ou de jeu

Les données (non présentées) indiquent que 5,2 %* des personnes ayant une incapacité de nature psychologique ont reçu des services de réadaptation en raison d'un problème d'alcool, de drogue ou de jeu au cours d'une période de 12 mois, et que 1,2 %** ont eu besoin de tels services de réadaptation, sans pouvoir les obtenir. Elles montrent également que les hommes (8,2 %* c. 2,9 %** chez les femmes), les personnes âgées de 15 à 64 ans (6 %*) de même que celles appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (8 %** c. 3,5 %* chez les personnes appartenant à un ménage vivant au-dessus du seuil de faible revenu) sont davantage concernés par cette situation.

10.2.3 Possibilité de contacter un intervenant

En terminant, 47 % des personnes ayant une incapacité de nature psychologique déclarent qu'elles pouvaient facilement contacter un intervenant (travailleur social, infirmière en santé mentale, éducateur, psychoéducateur) en cas de besoin lié à un trouble émotif, psychologique ou psychiatrique ou à un problème d'alcool, de drogue ou de jeu[10]. Environ 30 % affirment le contraire et 24 % estiment que la situation ne n'appliquait pas à elles (données non présentées).

Plusieurs types d'intervenants[11] ont été rapportés par les personnes ayant déclaré qu'elles pouvaient facilement contacter un intervenant en cas de besoin dont : les travailleurs sociaux (22 %), les psychologues de pratique privée (20 %) et les psychologues rattachés à un CLSC, à un CSSS ou à un hôpital (16 %) (tableau 10.11).

Tableau 10.11
Type d'intervenant à contacter[1] en cas de besoin, population de 15 ans et plus[2] ayant une incapacité de nature psychologique et ayant déclaré qu'elles pouvaient facilement contacter un intervenant en cas de besoin lié à un trouble émotif, psychologique ou psychiatrique ou à un problème d'alcool, de drogue ou de jeu[3], Québec, 2010-2011

	%
Médecin de famille/généraliste	11.0*
Psychiatre	10.1*
Infirmière en santé mentale	1.5**
Travailleur social	22.4
Psychologue de pratique privée	20.4
Psychologue en CLSC/CSSS/Hôpital	16.0
Éducateur spécialisé/psychoéducateur/ergothérapeute	3.6**
Psychothérapeute/Intervenant psychosocial/Groupe d'entraide	9.4*
Autre (non précisé)	5.6*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Une personne pouvait mentionner un seul intervenant.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. Au cours d'une période de 12 mois.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

10. Cette variable est tirée de la question DD7A.

11. Cette variable est tirée de la question DD7B.

11 BESOINS NON COMBLÉS POUR DIVERS SOINS DE SANTÉ OU SERVICES SOCIAUX

MAXIME MURPHY

Faits saillants

- Dans la population avec incapacité, les personnes âgées de 15 à 64 ans sont proportionnellement plus nombreuses que leurs aînées à avoir eu besoin de tests de laboratoire ou d'examens radiologiques, d'une opération, de soins dentaires, de soins pour la santé mentale, de services de réadaptation physique ou de lunettes, sans pouvoir les obtenir

Ce court chapitre boucle la partie concernant l'utilisation des services de santé et des services sociaux en décrivant les besoins non comblés pour divers soins de santé ou services chez la population âgée de 15 ans et plus avec incapacité. Il s'agit des tests de laboratoire ou des examens radiologiques, des opérations, des soins dentaires, des soins de la vue, des soins pour la santé mentale, de la réadaptation physique, des lunettes et d'une aide technique. Dans certains cas, les besoins non comblés décrits dans les chapitres précédents sont inclus dans les indicateurs présentés dans ce chapitre. À titre d'exemple, l'indicateur décrivant le besoin non comblé pour des soins de la vue tient compte des besoins non comblés pour une consultation auprès d'un ophtalmologiste (traités dans le chapitre 6) ou pour une consultation auprès d'un professionnel de la santé et des services sociaux quand il s'agit d'un optométriste (inclus dans les analyses à la base du chapitre 7).

Toujours dans la population avec incapacité, on précise également la part des personnes qui présentent un besoin non comblé pour certains soins ou services ayant été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux. Cette précision touche les besoins non comblés pour les soins de la vue, les soins en santé mentale ainsi que les services de réadaptation physique.

Dans ce chapitre, les besoins non comblés pour divers soins de santé ou services sociaux sont examinés en fonction du sexe et de l'âge. Ici comme dans les chapitres qui précèdent, la période de référence est de 12 mois.

Indicateurs utilisés

Besoin non comblé de tests de laboratoire ou d'examens radiologiques : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin de tests de laboratoire (comme une prise de sang ou un test d'urine) ou d'examens radiologiques (comme une radiographie, un électrocardiogramme, une mammographie ou une échographie) au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir de la question FF24].

Besoin non comblé d'une opération : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin d'une opération (intervention chirurgicale, incluant la chirurgie d'un jour) au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir [Indicateur construit à partir de la question FF25].

Besoin non comblé de soins dentaires : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin de soins dentaires au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir des questions FF20, FF20A et FF26].

Besoin non comblé de soins de la vue : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin de soins pour la vue (incluant le besoin de consultation d'un ophtalmologiste ou d'un optométriste) au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir des questions FF12A, FF12B, FF20, FF20A et FF27] Une variante de cet indicateur tient compte de l'information selon laquelle des soins de la vue n'ayant pu être obtenus avaient été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux. Il s'agit alors d'un **« besoin non comblé de soins de la vue recommandés »** [Indicateur construit à partir des questions FF12A, FF12B, FF14, FF20, FF20A, FF22, FF27 et FF27A].

Besoin non comblé de soins pour la santé mentale : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin de soins pour la santé mentale (incluant le besoin de consultation d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un psychothérapeute, d'un travailleur social ou d'un intervenant en santé mentale) au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir des questions DD2A, DD2B , DD5A, DD5B, FF12A, FF12B, FF20, FF20A et FF28]. Une variante de cet indicateur tient compte de l'information selon laquelle des soins pour la santé mentale n'ayant pu être obtenus avaient été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux. Il s'agit alors d'un **« besoin non comblé de soins pour la santé mentale recommandés »** [Indicateur construit à partir des questions FF12A, FF12B, FF14, FF20, FF20A FF22, FF28 et FF28A].

Besoin non comblé de réadaptation physique : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin de réadaptation physique pour des problèmes de mouvement, d'audition, de parole ou de vision (donnée, par exemple, par un physiothérapeute, un ergothérapeute, un orthophoniste [pour une déficience de la parole], un audiologiste [pour une déficience auditive] ou un spécialiste en orientation et mobilité [pour une déficience de la vue]) au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir [Indicateur construit à partir des questions D6A, D6B, FF20, FF20A et FF29]. Une variante de cet indicateur tient compte de l'information selon laquelle des soins de réadaptation n'ayant pu être obtenus avaient été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux. Il s'agit alors d'un **« besoin non comblé de réadaptation physique recommandée »** [Indicateur construit à partir des questions FF20, FF20A, FF22, FF29 et FF29A].

Besoin non comblé de lunettes : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin de lunettes au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir les obtenir [Indicateur construit à partir de la question FF30].

Besoin non comblé d'une aide technique : Indicateur déterminant les personnes qui ont eu besoin d'un appareil auditif, d'une marchette, d'un fauteuil roulant ou d'une autre aide technique (incluant le besoin de services d'entraînement pour une aide technique) au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir [Indicateur construit à partir des questions D7A et FF31].

Dans l'ensemble, les besoins non comblés pour les soins de santé et les services abordés dans ce chapitre touchent entre 1,4 % et 5 % des personnes de 15 ans et plus avec incapacité, selon le cas (tableau 11.1). Par exemple, on retient qu'au cours d'une période de 12 mois, environ 5 % des personnes avec incapacité ont eu un besoin non comblé de tests de laboratoire ou d'examens radiologiques et elles sont à peu près autant (4,7 %) à en avoir déclaré pour des services de réadaptation physique.

L'analyse révèle une association significative entre les besoins non comblés et le sexe pour seulement quatre des soins de santé ou services examinés dans ce chapitre. Ainsi, les femmes avec incapacité mentionnent en plus forte proportion que les hommes un besoin non comblé de tests de laboratoire ou d'examens radiologiques (6 % des femmes c. 4,5 % des hommes), de soins de la vue recommandés par un médecin ou un autre professionnel (1,7 % c. 1,0 %*), de soins pour la santé mentale recommandés (1,9 % c. 1,2 %*) et, finalement, de lunettes (3,4 % c. 2,3 %) (données non présentées).

Les données montrent par ailleurs que l'âge est associé à la plupart des besoins non comblés, comme on peut le voir au tableau 11.1. Comparativement aux personnes de 65 ans et plus, celles âgées de 15 à 64 ans sont plus susceptibles d'avoir un besoin non comblé pour les soins de santé ou les services sociaux suivants: les tests de laboratoire ou les examens radiologiques, les opérations, les soins dentaires, les soins pour la santé mentale (notamment lorsque des soins avaient été recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux), les services de réadaptation physique (notamment lorsque des services avaient été recommandés), et pour des lunettes.

Tableau 11.1
Proportion de personnes présentant un besoin non comblé pour divers soins de santé ou services sociaux[1] selon l'âge, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Groupe d'âge		Ensemble
	15-64 ans	65 ans et plus	
	%		
Tests de laboratoire ou examens radiologiques	6,4	2,6	5,3
Opération	2,7	1,2	2,2
Soins dentaires	5,7	1,5*	4,4
Soins de la vue[a]	3,3	2,7	3,1
Soins de la vue recommandés[a]	1,3	1,5	1,4
Soins pour la santé mentale	4,8	1,0*	3,6
Soins pour la santé mentale recommandés	2,1	0,3**	1,6
Services de réadaptation physique	5,5	2,8	4,7
Services de réadaptation physique recommandés	2,0	1,0*	1,7
Lunettes	3,3	1,9*	2,9
Aide technique[a]	1,5	1,8	1,6

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Besoin non comblé de soins de santé ou de services sociaux au cours d'une période de 12 mois.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

a. Le test global du Khi deux entre cette variable et l'âge est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Partie 4

RÉPERCUSSIONS DE L'INCAPACITÉ SUR LA RÉALISATION DES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE OU DOMESTIQUE ET SUR LA PARTICIPATION SOCIALE

12 AIDE POUR LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE OU DE LA VIE DOMESTIQUE

MAXIME MURPHY et CLAIRE FOURNIER

Faits saillants

- En 2010-2011, presque trois personnes sur dix ont besoin d'aide pour réaliser leurs activités de la vie quotidienne ou domestique en raison d'une incapacité, que ce besoin soit comblé ou non. En proportion, ce besoin touche davantage les femmes et les personnes de 65 ans et plus. Ces dernières sont aussi plus susceptibles d'avoir reçu de l'aide que leurs cadettes (92 % c. 81 % parmi les 15 à 64 ans).

- Que ce soit pour les activités de la vie quotidienne ou pour celles de la vie domestique, la grande majorité des personnes avec incapacité ayant besoin d'aide en reçoivent (entre 74 % et 92 % selon l'activité considérée).

- La proportion de personnes ayant un besoin d'aide (comblé ou non) pour les activités de la vie quotidienne ou domestique est plus élevée chez celles ayant une incapacité liée à la vision, à la parole, à la mobilité, à l'agilité, à l'apprentissage, à la mémoire ou à une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (TED), ou une incapacité de nature psychologique. C'est particulièrement le cas chez les personnes ayant une incapacité liée à la parole (76 %) et chez celles présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (71 %).

- Près de la moitié des personnes ayant une incapacité modérée ont besoin d'aide pour réaliser leurs activités, que ce besoin soit comblé ou non. Chez celles dont l'incapacité est grave, c'est près de neuf personnes sur dix. Par ailleurs, presque six personnes sur dix ayant une incapacité grave indiquent avoir un besoin non comblé d'aide pour l'une ou l'autre des activités de la vie quotidienne ou domestique.

- Parmi les personnes avec incapacité recevant de l'aide pour réaliser l'une ou l'autre des activités de la vie quotidienne ou domestique, la grande majorité (72 %) reçoivent une aide bénévole provenant d'une personne qui habite ou non le même domicile, environ 14 % en obtiennent d'un CLSC et le quart (26 %) ont de l'aide d'une entreprise ou une personne qu'elles-mêmes ou leur famille payent.

- Sur l'ensemble des personnes recevant de l'aide du CLSC et de celles qui en obtiennent d'une entreprise ou d'une personne payée, environ la moitié en reçoivent un ou deux jours par semaine.

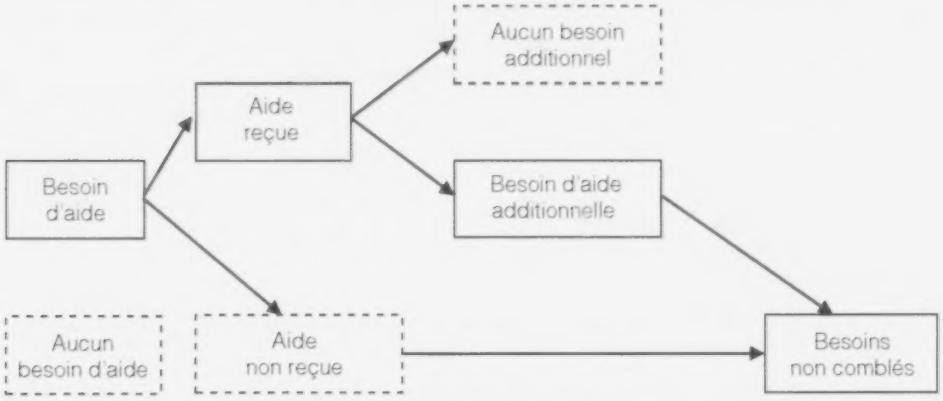
- Que ce soit pour les soins personnels, la préparation des repas ou encore la préparation ou la prise des médicaments, la plupart des personnes avec incapacité recevant de l'aide bénévole pour ces activités en reçoivent quotidiennement.

Ce chapitre introduit la quatrième partie du volume traitant des répercussions de l'incapacité sur différentes sphères de la vie. Parmi ces répercussions figure le besoin d'aide humaine pour la réalisation des activités de tous les jours, lequel traduit une perte d'autonomie plus ou moins importante, selon la nature et l'étendue du besoin. La première section vise à décrire l'aide dont les personnes de 15 ans et plus avec incapacité ont besoin habituellement pour réaliser certaines activités de la vie quotidienne ou domestique en raison de leurs limitations. Plus concrètement, dans l'enquête, l'aide pour la réalisation des activités de la vie quotidienne concerne les soins personnels (comme se laver, s'habiller, faire sa toilette ou manger) et les déplacements à l'intérieur du domicile (incluant « se mettre au lit et en sortir »). Celle pour les activités de la vie domestique touche la préparation des repas, la préparation et la prise des médicaments, les achats (d'épicerie ou d'autres produits essentiels), la réalisation des travaux ménagers courants (comme épousseter, ranger ou faire la lessive), l'accompagnement aux rendez-vous (ou pour des visites d'amitié), les finances personnelles (comme administrer le budget ou remplir des formulaires) et le répit aux proches aidants. Un portrait de l'aide est brossé de manière globale (toutes activités confondues), puis par activité, en tenant compte de certaines de ses dimensions : le besoin d'aide (comblé ou non), l'aide reçue, l'aide additionnelle requise et le besoin d'aide non comblé. Ces différentes dimensions de l'aide sont examinées selon le sexe et l'âge, certaines variables sociodémographiques et économiques[1] et d'autres liées à la santé[2] et à l'incapacité[3]. Le besoin d'aide (comblé ou non) est aussi détaillé selon la région sociosanitaire de résidence.

La seconde section du chapitre approfondit l'analyse de l'aide reçue pour les activités de la vie quotidienne ou domestique, cette fois au sein de la population des personnes âgées de 15 ans et plus avec incapacité recevant de l'aide. Une première partie porte sur les sources de l'aide et une seconde en examine la fréquence. Quatre sources d'aide sont documentées dans l'EQLAV : l'aide provenant d'un CLSC, l'aide fournie par une entreprise ou une personne payée, l'aide bénévole (pour laquelle la personne ne paie pas) d'une personne habitant le même domicile et l'aide bénévole procurée par une personne qui n'habite pas le même domicile (membre de la famille, ami, voisin, autre personne). Les deux sources d'aide bénévole sont parfois analysées de manière combinée sous la forme de l'indicateur « source bénévole globale ».

La description des sources d'aide est d'abord faite globalement (toutes activités confondues), puis par activité. Quant à la fréquence de l'aide, elle est mesurée par source d'aide et selon deux modalités, soit le nombre de

Figure 12.1
Les dimensions de l'aide[1] pour la réalisation des activités quotidiennes ou domestiques



1. Parmi l'ensemble des dimensions de l'aide, celles traitées dans le présent chapitre sont circonscrites par une ligne pleine.

Source : CAMIRAND, J. et autres. (2001). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, p. 208.

1. Pour plus de détails sur les variables sociodémographiques et économiques, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 3, à la page 66.
2. Pour plus de détails sur la variable « nombre de problèmes de santé de longue durée », voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 4, à la page 87.
3. Pour plus de détails sur la gravité et le type d'incapacité, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 2, à la page 54.

jours et le nombre d'heures d'aide reçue sur une base hebdomadaire. Le chapitre se termine par une brève analyse portant sur l'évaluation des besoins d'aide par le service de soutien à domicile du CLSC. Les indicateurs sont analysés selon le sexe et l'âge et, pour quelques-uns d'entre eux, en fonction d'une sélection de variables sociodémographiques et économiques ainsi que de la gravité de l'incapacité.

Les dimensions de l'aide pour la réalisation des activités quotidiennes sont représentées schématiquement à la figure 12.1. L'encadré ci-dessous présente la définition des indicateurs correspondant aux dimensions de l'aide documentées dans l'enquête, de même que de ceux décrivant les sources et la fréquence de l'aide reçue.

Outre le fait qu'elle fournit un portrait du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique, l'information présentée dans ce chapitre vise à mieux documenter la contribution des réseaux d'aide formels (publics ou privés) et informels (proches aidants, ressources bénévoles dans la communauté) en réponse aux besoins de la population. Une telle information est utile, notamment dans la perspective d'une volonté d'améliorer et d'étendre les programmes de soins et de services à domicile au Québec. Rappelons que la population à l'étude est composée des personnes âgées de 15 ans et plus avec incapacité vivant dans un ménage privé ou dans un ménage collectif non institutionnel. Cet ensemble comprend notamment les personnes qui habitent dans une résidence privée pour aînés.

Indicateurs utilisés

Besoin d'aide

Besoin d'aide (comblé ou non) : Indicateur déterminant la proportion des personnes qui reçoivent de l'aide pour réaliser au moins une des activités de la vie quotidienne ou domestique considérées dans l'enquête (aide reçue) ou qui n'en reçoivent pas mais déclarent en avoir besoin (besoin non comblé), parmi les personnes avec incapacité. Cet indicateur global porte sur l'ensemble des besoins d'aide, comblés ou non. Les activités de la vie quotidienne comprennent les soins personnels et les déplacements à l'intérieur du domicile. Les activités de la vie domestique incluent la préparation des repas, la préparation et la prise des médicaments, faire les achats, les travaux ménagers courants, aller aux rendez-vous, les finances personnelles et le répit aux proches aidants [Indicateur global construit à partir des questions V01, V02, V06, V07, V11, V12, V16, V17, V21, V22, V27A, V27A2, V27B, V27B2, V27C, V27C2, V27D et V27D2].

Besoin d'aide (comblé ou non) par activité : Pour chacune des activités considérées dans l'enquête[1], proportion des personnes qui ont un besoin d'aide (comblé ou non) pour cette activité parmi les personnes avec incapacité (série d'indicateurs créés à partir des mêmes questions que l'indicateur global ci-dessus).

Aide reçue : Indicateur déterminant la proportion des personnes qui reçoivent de l'aide pour réaliser au moins une des activités de la vie quotidienne ou domestique considérées dans l'enquête parmi les personnes avec incapacité ayant besoin d'aide [Indicateur global construit à partir des questions V01, V06, V11, V16, V21, V27A, V27B, V27C et V27D].

Aide reçue par activité : Pour chacune des activités considérées dans l'enquête, proportion des personnes qui reçoivent de l'aide parmi les personnes avec incapacité ayant besoin d'aide pour cette activité (série d'indicateurs créés à partir des mêmes questions que l'indicateur global ci-dessus).

Besoin d'aide additionnelle : Indicateur déterminant la proportion des personnes qui ont besoin d'aide additionnelle pour réaliser au moins une des activités de la vie quotidienne ou domestique considérées dans l'enquête parmi les personnes avec incapacité recevant de l'aide [Indicateur global construit à partir des questions V05, V10, V15, V20, V25, V27A3, V27B3, V27C3 et V27D3].

Besoin d'aide additionnelle par activité : Pour chacune des activités considérées dans l'enquête[1], proportion des personnes qui ont besoin d'aide additionnelle parmi les personnes avec incapacité recevant de l'aide pour cette activité (série d'indicateurs créés à partir des mêmes questions que l'indicateur global ci-dessus).

Besoin d'aide non comblé : Indicateur déterminant la proportion des personnes qui ne reçoivent pas d'aide ou qui en reçoivent mais qui ont besoin d'aide additionnelle pour réaliser au moins une des activités de la vie quotidienne ou domestique considérées dans l'enquête, parmi les personnes avec incapacité ayant besoin d'aide [Indicateur global construit à partir des questions V02, V05, V07, V10, V12, V15, V17, V20, V22, V25, V27A2, V27A3, V27B2, V27B3, V27C2, V27C3, V27D2 et V27D3].

Besoin d'aide non comblé par activité : Pour chacune des activités considérées dans l'enquête[1], proportion des personnes qui ont un besoin d'aide non comblé parmi les personnes avec incapacité ayant besoin d'aide pour cette activité (série d'indicateurs créés à partir des mêmes questions que l'indicateur global ci-dessus).

Sources de l'aide

Aide reçue du CLSC : Indicateur déterminant la proportion des individus qui reçoivent de l'aide d'une personne envoyée par le CLSC ou payée totalement ou en partie par le CLSC parmi les personnes avec incapacité recevant de l'aide pour au moins une des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique désignées (les soins personnels, la préparation des repas, la préparation ou la prise des médicaments, faire les achats et les travaux ménagers courants) [Indicateur global construit à partir des questions VO3A, VO8A, V13A, V18A et V23A].

Aide reçue du CLSC, par activité : Pour chacune des activités considérées dans l'enquête[1], proportion des individus qui reçoivent de l'aide du CLSC parmi les personnes avec incapacité recevant de l'aide pour cette activité. Pour cette source d'aide uniquement, l'information est détaillée pour les activités suivantes : les soins personnels, les déplacements à l'intérieur du domicile, la préparation des repas, la préparation ou la prise des médicaments, faire les achats, les travaux ménagers courants, aller aux rendez-vous et les finances personnelles (série d'indicateurs créés à partir des mêmes questions que l'indicateur global ci-dessus et des questions V27A1, V27B1 et V27C1).

Aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée : Indicateur déterminant la proportion des individus qui reçoivent de l'aide d'une entreprise ou d'une personne qu'eux-mêmes ou leur famille ont payée[2] parmi les personnes avec incapacité recevant de l'aide pour au moins une des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique désignées. [Indicateur global construit à partir des questions VO3B2, VO3B3, VO8B2, VO8B3, V13B2, V13B3, V18B2, V18B3, V23C2 et V23C3].

Aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée, par activité : Pour chacune des cinq activités désignées, proportion des individus qui reçoivent de l'aide d'une entreprise ou d'une personne payée[2] parmi les personnes avec incapacité recevant de l'aide pour cette activité (série d'indicateurs créés à partir des mêmes questions que l'indicateur global ci-dessus).

Aide reçue d'une source bénévole « globale » : Indicateur déterminant la proportion des individus qui reçoivent de l'aide d'une source bénévole parmi les personnes avec incapacité recevant de l'aide pour au moins une des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique désignées. Deux indicateurs spécifiques permettent de préciser la source d'aide bénévole soit, l'aide reçue d'une personne qui habite le même domicile et celle provenant d'une personne qui n'habite pas le même domicile (membre de la famille, ami, voisin, autre personne) [Indicateurs construits à partir des questions VO3C, VO3D, VO8C, VO8D, V13C, V13D, V18C, V18D, V23D et V23E].

Aide reçue d'une source bénévole, par activité : Pour chacune des cinq activités désignées, proportion des individus qui reçoivent de l'aide d'une source bénévole parmi les personnes avec incapacité recevant de l'aide pour cette activité (série d'indicateurs créés à partir des mêmes questions que l'indicateur global ci-dessus).

Fréquence de l'aide

Fréquence de l'aide reçue du CLSC : Un premier indicateur décrit le **nombre de jours d'aide reçue du CLSC** au cours d'une période de sept jours par les personnes avec incapacité recevant de l'aide pour au moins une des neuf activités de la vie quotidienne ou domestique considérées dans l'enquête. Cet indicateur comprend quatre catégories (aucun jour, un à deux jours, trois à six jours et sept jours). Chez les personnes ayant une telle aide au moins un jour au cours d'une semaine, un second indicateur détermine le **nombre d'heures d'aide reçue du CLSC** au cours de la même période. Il est décliné en quatre catégories (moins de deux heures, deux à trois heures, quatre à neuf heures et dix heures et plus) ou en deux catégories (moins de quatre heures, quatre heures et plus) selon les analyses [Indicateurs construits à partir des questions V28A et V28B].

Fréquence de l'aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée[2] : Un premier indicateur décrit le **nombre de jours d'aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée** au cours d'une période de sept jours par les personnes avec incapacité recevant de l'aide pour au moins une des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique désignées. Cet indicateur comprend quatre catégories (aucun jour, un à deux jours, trois à six jours et sept jours). Chez les personnes ayant une telle aide au moins un jour au cours d'une semaine, un second indicateur détermine le **nombre d'heures d'aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée** au cours de la même période. Il est décliné en quatre catégories (moins de deux heures, deux à trois heures, quatre à neuf heures et dix heures et plus) ou en deux catégories (moins de quatre heures, quatre heures et plus), selon les analyses [Indicateurs construits à partir des questions V30A et V30B].

Fréquence de l'aide reçue d'une source bénévole, par activité : Pour chacune des cinq activités désignées, nombre de jours d'aide bénévole reçue au cours d'une période de sept jours par les personnes avec incapacité recevant de l'aide pour cette activité. Cet indicateur comprend quatre catégories (moins d'un jour, un à deux jours, trois à six jours et sept jours) [Indicateurs construits à partir des questions VO4A, VO4AA, VO9A, VO9AA, V14A, V14AA, V19A, V19AA, V24A et V24AA].

---

1. Il est à noter que les résultats spécifiques à l'activité « répit aux proches aidants » ne sont pas publiés en raison des effectifs concernés. Dans l'enquête, l'information sur le besoin d'aide ou sur les sources et la fréquence de l'aide pour un répit aux proches aidants était obtenue dans les cas où un tiers répondant remplissait le questionnaire pour la personne sélectionnée n'étant pas en mesure de le faire elle-même, en raison de ses limitations ou d'un problème de santé.
2. L'aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée concerne l'aide reçue d'une source extérieure et n'inclut pas celle provenant d'un membre du personnel ou d'un responsable de la résidence dans le cas d'une personne habitant en résidence privée pour aînés.

12.1 Besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique

Presque trois personnes sur dix ont besoin d'aide dans leurs activités de la vie quotidienne ou domestique en raison de leur incapacité, que ce besoin soit comblé ou non

En 2010-2011, la population québécoise âgée de 15 ans et plus avec incapacité compte environ 28 % de personnes ayant besoin d'aide pour au moins une des neuf activités de la vie quotidienne ou domestique considérées dans l'enquête, que ce besoin soit comblé ou non (tableau 12.1). Cela représente environ 627 800 personnes au Québec, soit 9 % de l'ensemble de la population âgée de 15 ans et plus (donnée non présentée). La grande majorité de ces personnes, soit 86 %, en ont reçu pour au moins une des activités. Cela dit, près de la moitié (45 %) des personnes ayant besoin d'aide ont des besoins non comblés (soit environ 280 700 personnes). Ce sont des personnes qui ne reçoivent aucune aide ou qui en reçoivent, mais qui mentionnent avoir besoin d'aide additionnelle. Les personnes avec incapacité ayant besoin d'aide additionnelle représentent environ le quart (24 %) de celles qui ont reçu de l'aide (soit 129 000 personnes)[4].

En proportion, plus de femmes que d'hommes avec incapacité ont besoin d'aide pour leurs activités de la vie quotidienne ou domestique

Une proportion plus élevée de femmes que d'hommes avec incapacité ont besoin d'aide (comblé ou non) pour la réalisation des activités examinées dans l'enquête (34 % c. 22 %) (tableau 12.1). Autrement, l'aide reçue, le besoin d'aide additionnelle et le besoin d'aide non comblé ne varient pas de façon significative selon le sexe.

Comparativement à leurs cadettes, les personnes âgées de 65 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses à avoir besoin d'aide pour leurs activités et à en recevoir

Des différences apparaissent en fonction de l'âge pour les personnes ayant besoin d'aide et celles qui en ont reçu. En effet, les personnes âgées de 65 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses à avoir besoin d'aide (47 % c. 20 % chez les gens âgés de 15 à 64 ans). Parmi celles qui ont besoin d'aide, elles sont également plus nombreuses à en recevoir (92 % c. 81 % parmi les 15 à 64 ans).

Tableau 12.1
Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Besoin d'aide (comblé ou non)	Aide reçue[2, a]	Besoin d'aide additionnelle[3, b]	Besoin d'aide non comblé[2, a]
		%		
Sexe				
Hommes	21,9	86,5	24,2	44,3
Femmes	34,3	86,0	23,6	45,0
Groupe d'âge				
15-64 ans	20,1	80,6	22,3	46,7
65 ans et plus	46,9	91,5	25,2	42,7
Ensemble	**28,3**	**86,2**	**23,9**	**44,7**
Pe (k)	627,8	540,9	129,0	280,7

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
2. Parmi les personnes ayant besoin d'aide (comblé ou non).
3. Parmi les personnes recevant de l'aide.
a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.
b. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et les variables « sexe » et « âge » sont non significatifs au seuil de 5 %.
Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

4. Une même personne peut à la fois être dénombrée parmi les personnes recevant de l'aide (pour une activité) et parmi celles qui ont un besoin d'aide non comblé (pour une autre activité), de sorte que la somme du nombre estimé de personnes ayant reçu de l'aide et du nombre de celles ayant un besoin non comblé est supérieure au nombre estimé de personnes ayant besoin d'aide.

12.1.1 Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique

Que ce soit pour les activités de la vie quotidienne ou pour celles de la vie domestique, une grande majorité des personnes avec incapacité qui ont besoin d'aide en reçoivent

Le tableau 12.2 présente les indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne, pour celles de la vie domestique et par activité spécifique. En ce qui a trait aux activités de la vie quotidienne, il ressort qu'environ 6 % des personnes âgées de 15 ans et plus avec incapacité ont besoin d'aide (comblé ou non) pour l'une ou l'autre des activités concernées. Par ailleurs, la part des personnes qui ont besoin d'aide (comblé ou non) pour les activités de la vie domestique s'élève à près de trois sur dix (28 %). Que ce soit pour un type ou l'autre de ces activités, la grande majorité des personnes avec incapacité qui ont besoin d'aide en reçoivent, soit 85 % et 86 % respectivement. Parmi celles qui ont reçu de l'aide pour les activités de la vie quotidienne, 20 % ont besoin d'aide additionnelle. Pour les activités de la vie domestique, cette proportion est d'approximativement le quart (23 %). Enfin, environ le tiers (34 %) des personnes ayant besoin d'aide pour leurs activités de la vie quotidienne ont des besoins non comblés. Cette proportion est de 44 % lorsqu'il s'agit des activités de la vie domestique.

Activités de la vie quotidienne

Sur le plan des activités de la vie quotidienne, on remarque que 6 % des personnes avec incapacité ont besoin d'aide (comblé ou non) pour les soins personnels, et que cette proportion est de 2,4 % lorsqu'il s'agit du besoin d'aide pour se déplacer à l'intérieur du domicile. Parmi les personnes ayant besoin d'aide, celles qui en reçoivent sont largement majoritaires (un peu plus de quatre personnes sur cinq), et ce, pour les deux activités examinées. Quant au besoin d'aide non comblé pour réaliser ces activités, il est mentionné par un peu plus de trois personnes sur dix.

Activités de la vie domestique

Pour les activités domestiques, on retient que la proportion de personnes qui ont besoin d'aide (comblé ou non) se situe entre 8 % et 18 %, selon le type d'activités. La majorité d'entre elles en reçoivent (entre 74 % et 92 %, selon le cas), et parmi ces personnes, celles qui rapportent un besoin d'aide additionnelle sont minoritaires (de l'ordre de 5 %* à 21 %). Notons qu'un tel besoin d'aide additionnelle est mentionné par près d'une personne concernée sur cinq pour ce qui est des travaux ménagers courants et de l'accompagnement pour aller aux rendez-vous. Les besoins non comblés sont quant à eux relativement répandus chez les personnes ayant besoin d'aide; ils sont rapportés par plus d'une personne sur cinq pour tous les types d'activités, à l'exception de la préparation et de la prise des médicaments (13 %). Dans le cas des travaux ménagers courants, la proportion s'élève à deux personnes sur cinq (39 %).

Variation selon l'âge des indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique

Toutes proportions gardées, les personnes âgées de 65 ans et plus avec incapacité sont plus nombreuses à avoir besoin d'aide (comblé ou non) par rapport à celles de 15 à 64 ans pour leurs activités de la vie quotidienne (13 % c. 3,2 %) et pour leurs activités de la vie domestique (47 % c. 20 %). Elles sont aussi plus nombreuses à recevoir de l'aide lorsqu'elles en ont besoin pour les activités domestiques (91 % c. 80 % dans le groupe d'âge de 15 à 64 ans).

Comme c'est le cas en ce qui concerne l'ensemble des activités de la vie quotidienne, les personnes âgées de 65 ans et plus sont plus susceptibles d'avoir besoin d'aide que leurs cadettes, et ce, autant pour les soins personnels (12 % c. 2,5 %) que pour se déplacer à l'intérieur du domicile (4,1 % c. 1,7 %). Aucune différence statistiquement significative n'apparaît selon l'âge pour les autres indicateurs du besoin d'aide pour ces activités de la vie quotidienne.

Tableau 12.2
Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique, par activité et selon l'âge, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Besoin d'aide (comblé ou non)	Aide reçue[2, 3]	Besoin d'aide additionnelle[3, 4]	Besoin d'aide non comblé[3, 5]
	%			
Activités de la vie quotidienne	**6,1**	**84,6**	**19,5**	**33,8**
15-64 ans	3,2	81,7	21,4*	36,8
65 ans et plus	12,5	86,2	18,5	32,0
Soins personnels	**5,6**	**84,7**	**18,5**	**31,1**
15-64 ans	2,5	83,0	21,2*	34,6
65 ans et plus	12,3	85,5	17,4	29,5
Se déplacer à l'intérieur du domicile	**2,4**	**81,0**	**14,3***	**30,8**
15-64 ans	1,7	78,8	11,4**	30,3*
65 ans et plus	4,1	83,1	16,9*	31,4
Activités de la vie domestique	**28,2**	**86,0**	**23,3**	**44,1**
15-64 ans	19,9	80,5	21,7	46,1
65 ans et plus	46,9	91,3	24,7	42,2
Préparer les repas	**9,1**	**79,7**	**9,9**	**28,4**
15-64 ans	5,2	72,9	9,3*	34,0
65 ans et plus	17,5	84,3	10,2	24,6
Préparer / prendre des médicaments	**8,2**	**91,8**	**5,2***	**13,1**
15-64 ans	4,0	85,9	5,9**	19,5*
65 ans et plus	17,6	94,7	4,9*	10,0*
Faire les achats	**13,6**	**85,2**	**10,6**	**24,0**
15-64 ans	8,5	79,5	10,0*	28,6
65 ans et plus	24,9	89,4	11,0	20,5
Travaux ménagers courants	**18,4**	**74,0**	**17,8**	**39,3**
15-64 ans	11,7	65,1	18,0	46,6
65 ans et plus	33,3	80,8	17,7	33,6
Aller aux rendez-vous	**14,1**	**91,8**	**20,5**	**27,0**
15-64 ans	7,8	87,0	22,0	32,1
65 ans et plus	28,2	94,7	19,6	23,9
Finances personnelles	**12,1**	**90,6**	**12,5**	**20,8**
15-64 ans	8,1	84,8	15,9	28,7
65 ans et plus	21,0	95,5	9,9	14,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

2. Parmi les personnes ayant besoin d'aide (comblé ou non).

3. Parmi les personnes recevant de l'aide.

a. Les tests globaux du Khi deux entre cette variable et la variable « âge » sont non significatifs au seuil de 5 % pour les activités suivantes : « activités de la vie quotidienne », « soins personnels », « se déplacer à l'intérieur du domicile » et « préparer et prendre des médicaments ».

b. Les tests globaux du Khi deux entre cette variable et la variable « âge » sont non significatifs au seuil de 5 % pour toutes les activités, à l'exception de « finances personnelles ».

c. Les tests globaux du Khi deux entre cette variable et la variable « âge » sont non significatifs au seuil de 5 % pour les activités suivantes : « activités de la vie quotidienne », « activités de la vie domestique », « soins personnels » et « se déplacer à l'intérieur du domicile ».

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

De même, comme pour les activités domestiques considérées de manière globale, la proportion de personnes déclarant avoir besoin d'aide (comblé ou non), pour chacune des activités spécifiques, est plus élevée chez celles de 65 ans et plus que parmi celles de 15 à 64 ans. Un constat similaire apparaît au regard de l'aide reçue pour ces activités, hormis la préparation et la prise des médicaments, pour laquelle aucune différence significative n'est détectée. À l'opposé, la proportion de personnes déclarant des besoins non comblés est plus élevée parmi les personnes âgées de 15 à 64 ans ayant besoin d'aide que chez leurs aînées dans la même situation, et ce, pour chacune des activités concernées. Toujours en examinant chaque activité spécifique de la vie domestique, aucune différence significative selon l'âge n'est observée pour le besoin d'aide additionnelle, exception faite des activités liées aux finances personnelles. Dans ce dernier cas, 10 % des 65 ans et plus recevant de l'aide ont besoin d'aide additionnelle, comparativement à 16 % chez les personnes de 15 à 64 ans.

L'enquête fournit aussi de l'information concernant le fait pour une personne avec incapacité d'avoir besoin de l'aide d'une personne tierce (en raison de son état et d'un problème de santé) afin de lire ou de comprendre les documents provenant du médecin ou du pharmacien[5]. Ce type d'aide n'est pas pris en compte dans la mesure du besoin d'aide, mais est présenté comme information complémentaire. Il ressort qu'environ 86 % des gens requièrent « rarement ou jamais » l'aide de quelqu'un afin de lire ou de comprendre les documents provenant du médecin ou du pharmacien, 7 % en ont parfois besoin, 1,4 % en ont souvent besoin, et 5 % nécessitent toujours l'aide de quelqu'un à cette fin (données non présentées). Les personnes plus jeunes (de 15 à 64 ans) sont proportionnellement plus nombreuses à avoir « rarement ou jamais » besoin d'aide (89 %), comparativement à leurs aînées de 65 ans et plus (79 %). Par ailleurs, une part plus élevée de personnes de 65 ans et plus que de 15 à 64 ans déclarent avoir parfois (10 % c. 6 %) ou toujours (9 % c. 3,1 %) besoin de l'aide de quelqu'un pour lire ou comprendre de tels documents (données non présentées).

12.1.2 Indicateurs du besoin d'aide selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Cette section examine trois des quatre indicateurs du besoin d'aide considéré de manière globale, c'est-à-dire en tenant compte de toutes les activités de la vie quotidienne ou domestique. L'analyse porte d'abord sur le besoin d'aide chez les personnes de 15 ans et plus avec incapacité, puis sur l'aide reçue parmi celles qui en ont besoin et, enfin, sur les besoins non comblés au sein de ce même groupe. Les indicateurs sont analysés selon certaines variables sociodémographiques et économiques.

Besoin d'aide (comblé ou non)

La proportion des personnes avec incapacité qui déclarent avoir besoin d'aide (comblé ou non) est plus élevée parmi les groupes suivants (tableau 12.3) :

- immigrants de longue date (5 ans et plus) (36 %);
- les personnes vivant seules (41 %);
- les individus sans diplôme d'études secondaires (41 %);
- les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (46 %).

Cette proportion est toutefois moins élevée au sein de ces groupes :

- les immigrants récents (5 ans et moins) (15 %**);
- les diplômés du collégial (18 %) et ceux ayant un diplôme d'études universitaires (20 %).

Aide reçue

La proportion de personnes ayant reçu de l'aide est plus élevée dans le groupe suivant :

- les personnes sans diplôme d'études secondaires (90 %).

Besoin d'aide non comblé

La proportion de personnes ayant un besoin d'aide non comblé est plus élevée dans le groupe suivant :

- les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (49 %).

5. Cette variable à quatre catégories (rarement ou jamais, parfois, souvent, toujours) est tirée de la question V26.

Tableau 12.3
Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique selon certaines caractéristiques sociodémographiques et économiques, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Besoin d'aide (comblé ou non)	Aide reçue[2, a]	Besoin d'aide non comblé[2, b]
		%	
Statut d'immigration			
Canadien de naissance	27,6	86,1	44,0
Immigrant récent (moins de 5 ans)	14,6**	x	40,4**
Immigrant de longue date (5 ans et plus)	35,5	86,6	49,9
Fait de vivre seul			
Oui	41,3	87,0	47,7
Non	24,4	85,5	43,6
Niveau de scolarité			
Sans diplôme d'études secondaires	41,0	89,7	43,4
Diplôme d'études secondaires	23,6	83,7	41,8
Diplôme d'études collégiales	17,6	79,1	48,7
Diplôme d'études universitaires	19,7	81,8	45,6
Niveau de revenu du ménage			
Sous le seuil de faible revenu	45,7	85,3	49,0
Au-dessus du seuil de faible revenu	22,7	86,6	42,3

X Donnée confidentielle

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

2. Parmi les personnes ayant besoin d'aide.

a. Les tests globaux du Khi deux entre cette variable et les variables « statut d'immigration », « fait de vivre seul » et « niveau de revenu du ménage » sont non significatifs au seuil de 5 %.

b. Les tests globaux du Khi deux entre cette variable et les variables « statut d'immigration », « fait de vivre seul » et « niveau de scolarité » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

12.1.3 Indicateurs du besoin d'aide selon certaines caractéristiques liées à la santé et à l'incapacité

Près de la moitié des personnes ayant une incapacité modérée ont besoin d'aide pour réaliser leurs activités de la vie quotidienne ou domestique, que ce besoin soit comblé ou non. Chez celles dont l'incapacité est grave, c'est plus de huit personnes sur dix

Les indicateurs du besoin d'aide sont ici examinés selon trois caractéristiques liées à la santé des personnes de 15 ans et plus avec incapacité, soit le nombre de problèmes de santé de longue durée, la gravité de l'incapacité et le type d'incapacité. Tout d'abord, l'analyse révèle que la proportion de personnes avec incapacité ayant besoin d'aide (comblé ou non) pour les activités de la vie quotidienne ou domestique augmente de manière statistiquement significative en fonction du nombre de problèmes de longue durée et selon le niveau de gravité de l'incapacité (tableau 12.4). Ainsi, ces personnes représentent 13 % des individus n'ayant aucun problème de santé de longue durée, 25 % de ceux qui en ont un seul et 40 % de ceux ayant deux problèmes de santé ou plus. Par ailleurs, la proportion d'individus ayant besoin d'aide (comblé ou non) passe de 14 % à 47 % puis s'élève à 86 %, selon que le niveau de l'indice de gravité est léger, modéré ou grave.

Les proportions d'individus ayant reçu de l'aide se modulent en fonction de la gravité de l'incapacité : toutes proportions gardées, plus le niveau de gravité de l'incapacité augmente, plus nombreuses sont les personnes ayant reçu de l'aide parmi celles qui en ont besoin. En effet, la proportion de personnes concernées passe de 81 % lorsque l'incapacité est légère à 86 % lorsqu'elle est modérée, pour finalement atteindre 91 % dans les cas d'incapacité grave.

Presque six personnes sur dix ayant une incapacité grave indiquent avoir un besoin d'aide non comblé pour l'une ou l'autre des activités de la vie quotidienne ou domestique

En ce qui a trait aux besoins non comblés, on ne peut pas faire de distinction au plan statistique selon le nombre de problèmes de santé de longue durée, mais il en va autrement pour la gravité de l'incapacité. La proportion de personnes ayant des besoins non comblés parmi celles qui ont besoin d'aide est ainsi la plus faible chez celles ayant une incapacité légère (34 %) et la plus élevée chez celles présentant une incapacité grave (59 %).

Tableau 12.4
Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique selon le nombre de problèmes de santé de longue durée et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Besoin d'aide (comblé ou non)	Aide reçue[2, a]	Besoin d'aide non comblé[2, a]
		%	
Nombre de problèmes de santé de longue durée			
Aucun problème de santé	12,5	82,9	44,7
Un problème de santé	24,6	84,2	43,4
Deux problèmes de santé ou plus	39,5	87,4	45,5
Gravité de l'incapacité			
Légère	14,0	81,2	34,4
Modérée	46,6	86,4	42,9
Grave	85,5	91,3	58,5

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

2. Parmi les personnes ayant besoin d'aide.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « nombre de problèmes de santé de longue durée » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Le besoin d'aide (comblé ou non) pour les activités de la vie quotidienne ou domestique est largement répandu chez les personnes dont l'incapacité est liée à la parole (trois personnes sur quatre) et chez celles ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (sept personnes sur dix)

Les résultats du tableau 12.5 révèlent que la proportion de personnes ayant un besoin d'aide (comblé ou non) varie de manière statistiquement significative selon la présence ou non de chaque type d'incapacité, exception faite de celle liée à l'audition. Mise à part l'incapacité auditive, la présence d'un type particulier d'incapacité s'accompagne toujours d'un besoin d'aide accru, sauf si la nature de l'incapacité est indéterminée. Dans ce dernier cas, le besoin d'aide est moins fréquemment rapporté que si l'on est en présence d'un type d'incapacité connu (8 % c. 30 %). Faits à remarquer, trois personnes sur quatre (76 %) ayant une incapacité liée à la parole et un peu plus de sept personnes sur dix (71 %) ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (TED) ont besoin d'aide pour réaliser leurs activités de la vie quotidienne ou domestique.

L'association entre le type d'incapacité et l'aide reçue révèle un portrait plus nuancé. Parmi les personnes ayant besoin d'aide, seules celles avec incapacité de type sensoriel (audition, vision et parole), incapacité liée à la mobilité ou incapacité de nature psychologique se démarquent de celles qui n'ont pas ces incapacités. En effet, les personnes ayant une incapacité auditive ou visuelle, environ neuf personnes sur dix dans les deux cas, sont plus susceptibles de recevoir de l'aide, comparativement à celles qui ont un autre type d'incapacité (90 % c. 85 % dans les deux cas). Ces différences apparaissent aussi chez les personnes ayant une incapacité liée à la parole ou à la mobilité (92 % c. 85 % dans le premier cas; 87 % c. 83 % dans le second cas). Cette relation se trouve inversée chez les personnes ayant une incapacité de nature psychologique : elles sont proportionnellement moins nombreuses à avoir reçu de l'aide que celles sans incapacité de cette nature (81 % c. 87 %). Malgré les différences notées, il est à souligner que la majorité des personnes ayant besoin d'aide en ont reçu, les proportions pour cet indicateur se situant entre 81 % et 92 %, selon le type d'incapacité.

En ce qui touche au besoin d'aide non comblé, toutes les différences de proportions sont statistiquement significatives, hormis pour les personnes ayant une incapacité liée à l'audition ou une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (TED). Les personnes ayant une incapacité liée à la vision, à la parole, à la mobilité, à l'agilité, à l'apprentissage, à la mémoire ou une incapacité psychologique sont proportionnellement plus nombreuses à avoir des besoins d'aide non comblés que celles qui n'ont pas ces types d'incapacité. En particulier, on constate que 61 % des personnes ayant une incapacité psychologique ont des besoins d'aide non comblés, comparativement à 40 % de celles qui n'en ont pas. Autrement, on peut noter qu'une part moins grande de personnes ayant une incapacité de nature indéterminée ont des besoins d'aide non comblés, par rapport à celles dont la nature de l'incapacité est connue (30 %* c. 45 %).

Enfin, il est à souligner que pour la plupart des types d'incapacité, approximativement une personne sur deux est susceptible d'avoir des besoins non comblés parmi celles ayant besoin d'aide. Lorsqu'il s'agit d'incapacité de nature psychologique, toutefois, cette proportion est plutôt de l'ordre de six personnes sur dix.

Tableau 12.5
Indicateurs du besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique selon le type d'incapacité[1], population de 15 ans et plus[2] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Besoin d'aide (comblé ou non)[a]	Aide reçue[3, b]	Besoin d'aide non comblé[3, c]
	%		
Audition			
Oui	29,4	90,1	47,1
Non	27,9	84,9	44,1
Vision			
Oui	40,5	89,8	50,2
Non	26,3	85,2	43,4
Parole			
Oui	75,6	92,3	54,3
Non	25,8	85,3	43,3
Mobilité			
Oui	48,2	87,3	47,6
Non	14,5	82,9	38,6
Agilité			
Oui	41,7	86,4	49,2
Non	15,8	84,9	34,1
Apprentissage			
Oui	31,3	86,7	52,3
Non	27,5	85,9	42,9
Mémoire			
Oui	52,7	87,5	52,7
Non	23,7	85,5	41,5
Déficience intellectuelle/TED			
Oui	71,3	92,2	47,6
Non	26,7	85,7	44,2
Psychologique			
Oui	44,0	81,2	60,6
Non	25,4	87,4	40,3
Indéterminée[4]			
Oui	7,5	84,6	30,0*
Non	30,5	86,2	45,2

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; à interpréter avec prudence.

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. Parmi les personnes ayant besoin d'aide.
4. Ce sont les personnes ayant une limitation d'activités en raison d'un état ou d'un problème de santé physique d'une durée de six mois ou plus, sans autre type d'incapacité documenté dans l'enquête.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « audition » est non significatif au seuil de 5 %.

b. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et les variables « agilité », « apprentissage », « mémoire », « déficience intellectuelle/TED » et « indéterminée » sont non significatifs au seuil de 5 %.

c. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et les variables « audition » et « déficience intellectuelle/TED » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

12.1.4 Indicateur du besoin d'aide selon la région sociosanitaire

Les données concernant le besoin d'aide (comblé ou non) pour réaliser les activités de la vie quotidienne ou domestique ont été analysées à l'échelle régionale. En 2010-2011 au Québec, la proportion de personnes âgées de 15 ans et plus avec incapacité ayant un tel besoin d'aide se situe entre 22 % et 36 %, selon la région (tableau 12.6). Rappelons que pour l'ensemble du Québec, elle est estimée à 28 %.

Deux régions affichent une proportion plus élevée de gens ayant besoin d'aide que dans l'ensemble des autres régions du Québec. Ce sont les régions de la Mauricie et Centre-du-Québec et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, qui comptent respectivement 36 % et 35 % de personnes ayant besoin d'aide (comblé ou non) pour réaliser leurs activités en raison de leur incapacité.

À l'opposé, lorsqu'elles sont comparées au reste du Québec, trois régions sociosanitaires comprennent en proportion moins de personnes ayant besoin d'aide. Il s'agit de l'Outaouais (24 %), du Nord-du-Québec (22 %) et des Laurentides (25 %).

Tableau 12.6
Indicateur du besoin d'aide, comblé ou non, pour les activités de la vie quotidienne ou domestique, selon la région sociosanitaire, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	%
Bas-Saint-Laurent	30,5
Saguenay–Lac-Saint-Jean	29,5
Capitale-Nationale	27,5
Mauricie et Centre-du-Québec	35,5 (+)
Estrie	25,9
Montréal	29,3
Outaouais	23,5 (–)
Abitibi-Témiscamingue	31,4
Côte-Nord	26,9
Nord-du-Québec	21,9 (–)
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	34,6 (+)
Chaudière-Appalaches	28,9
Laval	30,5
Lanaudière	26,5
Laurentides	24,8 (–)
Montérégie	27,0
Ensemble du Québec	**28,3**

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Note : Les signes (+) et (–) indiquent que la proportion de la région correspondante est significativement supérieure ou inférieure à celle du reste du Québec au seuil de 0,05.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

12.2 Sources et fréquence de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique

12.2.1 Sources de l'aide

Parmi les personnes avec incapacité recevant de l'aide pour réaliser l'une ou l'autre des activités de la vie quotidienne ou domestique, la grande majorité reçoivent une aide bénévole d'une personne qui habite ou non le même domicile

Le tableau 12.7 présente les sources de l'aide reçue par la population de 15 ans et plus avec incapacité pour au moins une des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique suivantes : soins personnels, préparer les repas, préparer ou prendre des médicaments, faire les achats et les travaux ménagers courants. Pour l'analyse qui suit, il est utile de préciser que les personnes recevant de l'aide pour réaliser l'une ou l'autre de ces cinq activités comptent pour 83 % de celles ayant un besoin d'aide (comblé ou non) à cet égard. À leur tour, ces personnes représentent 24 % de la population avec incapacité (données non présentées).

Au Québec en 2010-2011, parmi les gens recevant de l'aide pour au moins une des cinq activités désignées, 14 % en reçoivent du CLSC, que ce soit l'aide d'une personne envoyée par le CLSC ou payée totalement ou en partie par le CLSC (tableau 12.7). Environ le quart des personnes (26 %) obtiennent quant à elles l'aide d'une entreprise ou d'une personne qu'elles-mêmes ou leur famille ont payée. Finalement, une majorité d'individus reçoivent de l'aide d'une source bénévole (72 %), que celle-ci soit une personne qui habite le même domicile (45 %) ou non (39 % reçoivent de l'aide d'une personne n'habitant pas le même domicile, soit un membre de la famille, un ami, un voisin, une personne bénévole). Rappelons qu'une personne peut utiliser plus d'une source d'aide pour réaliser les activités de la vie quotidienne ou domestique.

On constate des différences selon le sexe pour certaines sources d'aide (tableau 12.7). Ainsi, les femmes et les hommes avec incapacité se distinguent quant au fait de recevoir de l'aide en provenance d'une entreprise ou d'une personne payée : 29 % des femmes comparativement à 21 % des hommes reçoivent de l'aide de cette source. On remarque aussi qu'une proportion plus élevée d'hommes que de femmes reçoivent de l'aide bénévole d'une personne habitant le même domicile (49 % c. 43 %). C'est l'inverse pour l'aide reçue d'une personne habitant ailleurs qu'au domicile (42 % de femmes c. 34 % d'hommes).

Mis à part l'indicateur « source bénévole globale », avec lequel aucun lien n'a pu être établi, il se trouve des associations statistiquement significatives entre les diverses sources d'aide et l'âge (tableau 12.7). Les personnes âgées de 65 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses à recevoir l'aide du CLSC, comparativement à celles de 15 à 64 ans (18 % c. 9 %). Il en est de même pour l'aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée (30 % c. 21 %), ainsi que pour l'aide bénévole reçue d'une personne habitant à l'extérieur du domicile (44 % c. 32 %). À l'opposé, c'est le groupe des 15 à 64 ans qui reçoit en plus forte proportion (56 %) de l'aide bénévole d'une personne habitant le même domicile, comparativement à leurs aînés (38 %).

Une analyse plus détaillée révèle que la proportion de personnes utilisant l'aide d'une personne bénévole habitant le même domicile diminue selon l'âge, à partir de 65 ans, de manière statistiquement significative. En effet, les proportions d'individus de 65 à 74 ans (45 %) et de 75 ans et plus (35 %) se démarquent entre elles (données non présentées). On ne constate pas de différence sur ce plan entre les groupes d'âge moins avancé (15 à 24 ans: 72 %, 25 à 49 ans: 56 % et 50 à 64 ans: 54 %). Par ailleurs, les personnes de 85 ans et plus se distinguent des autres groupes d'âge en étant proportionnellement plus nombreuses à recevoir de l'aide bénévole d'une personne habitant à l'extérieur de leur domicile (53 %). les personnes de 15 à 24 ans, de 25 à 49 ans, de 50 à 64 ans, de 65 à 74 ans et celles âgées de 75 à 84 ans montrent des proportions inférieures se situant entre 25 % et 43 % selon le cas. Suivant le même découpage par âge, il s'avère que les personnes de 15 à 24 ans sont plus susceptibles de recevoir l'aide d'une

Tableau 12.7
Sources de l'aide[1] selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité recevant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique[3], Québec, 2010-2011

	Aide du CLSC[a]	Aide d'une entreprise ou personne payée	Aide d'une source bénévole		
			Une personne qui habite le même domicile	Une personne qui n'habite pas le même domicile	Source bénévole globale[b]
	%				
Sexe					
Hommes	16,4	20,7	49,3	34,4	69,2
Femmes	13,5	28,9	43,3	41,8	73,1
Groupe d'âge					
15-64 ans	9,3	21,3	56,2	32,2	72,6
65 ans et plus	18,1	29,6	37,6	44,3	71,2
Ensemble	**14,4**	**26,1**	**45,3**	**39,3**	**71,8**

1. Une personne peut utiliser plus d'une source d'aide.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. L'analyse de l'aide reçue tient compte des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique suivantes documentées dans l'ELAV pour chacune des sources d'aide, soit : soins personnels, préparer les repas, prendre des médicaments, faire les achats et travaux ménagers courants.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5 %.

b. Les tests globaux du Khi-deux entre cette variable et les variables « sexe » et « âge » sont non significatifs au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

personne bénévole habitant ou non le même domicile (89 %), comparativement aux individus appartenant aux autres groupes d'âge, dont les proportions se situent entre 67 % et 75 %.

Les sources de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique varient selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage

Parmi les personnes vivant seules, 18 % reçoivent l'aide du CLSC, une proportion plus forte que chez celles qui ne vivent pas seules (12 %) (tableau 12.8). Il en est de même pour les personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu. En effet, ces dernières sont proportionnellement plus nombreuses à recevoir l'aide du CLSC (18 %), comparativement aux individus membres d'un ménage vivant au-dessus de ce seuil (12 %).

Les résultats révèlent également que 33 % des personnes vivant seules ont de l'aide d'une entreprise ou d'une personne payée, comparativement à 23 % de celles qui n'habitent pas seules. De plus, toutes proportions gardées, un moins grand nombre de personnes membres d'un ménage sous le seuil de faible revenu que de celles vivant au-dessus de ce seuil reçoivent l'aide d'une entreprise ou d'une personne payée (20 % c. 30 %).

Les personnes vivant seules sont proportionnellement moins nombreuses à recevoir de l'aide bénévole, comparativement à celles qui ne vivent pas seules (60 % c. 78 %). De même, on note un écart marqué entre les personnes vivant seules et celles qui ne vivent pas seules quant à l'aide bénévole reçue d'une personne habitant à l'extérieur du domicile (60 %[6] c. 28 %).

Tableau 12.8
Sources de l'aide[1] selon le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité recevant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique[3], Québec, 2010-2011

	Aide du CLSC	Aide d'une entreprise ou personne payée	Aide d'une source bénévole		
			Une personne qui habite le même domicile	Une personne qui n'habite pas le même domicile	Source bénévole globale[a]
	%				
Fait de vivre seul					
Oui	17,8	32,6	...	59,9	59,9
Non	12,3	22,5	69,9	27,7	78,2
Niveau de revenu du ménage					
Sous le seuil de faible revenu	18,4	20,2	30,7	50,8	70,7
Au-dessus du seuil de faible revenu	11,9	30,3	54,6	31,5	72,4

... N'ayant pas lieu de figurer

1. Une personne peut utiliser plus d'une source d'aide.

2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

3. L'analyse de l'aide reçue tient compte des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique suivantes documentées dans l'EQLAV pour chacune des sources d'aide, soit : soins personnels, préparer les repas, préparer ou prendre des médicaments, faire les achats et travaux ménagers courants.

a. Le test global du Khi-deux entre cette variable et la variable « niveau de revenu du ménage » est non significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

6. Notons que la proportion des individus recevant l'aide bénévole d'une personne vivant à l'extérieur du domicile et la proportion concernant l'aide bénévole globale sont équivalentes pour les personnes vivant seules. Cela s'explique par le fait que ces dernières ne sont pas dans la situation de recevoir l'aide d'un bénévole habitant le même domicile.

Aucune différence statistiquement significative ne ressort de l'analyse concernant l'aide bénévole globale reçue selon le niveau de revenu du ménage. Par contre, un examen plus spécifique révèle que 51 % des personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu, comparativement à 32 % de celles vivant au-dessus de ce seuil, utilisent l'aide bénévole d'une personne habitant à l'extérieur du domicile. De même, 31 % des personnes membres d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu reçoivent l'aide bénévole d'une personne habitant le même domicile, une proportion moins élevée que chez celles dont le revenu du ménage est au-dessus de ce seuil (55 %).

Les sources de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique varient aussi selon la gravité de l'incapacité

Selon les résultats du tableau 12.9, la proportion d'individus avec incapacité recevant l'aide du CLSC croît avec la gravité de l'incapacité. Cette proportion passe de 7 % à 10 %, puis à 24 % pour les individus ayant respectivement une incapacité légère, modérée et grave.

Cette association apparaît aussi pour l'aide bénévole. Globalement, 58 % des individus ayant une incapacité légère reçoivent ce type d'aide. Cette part augmente à 73 % pour les personnes ayant une incapacité modérée et atteint 81 % pour celles ayant une incapacité grave. L'association demeure dans le cas de l'aide bénévole provenant de quelqu'un vivant à l'extérieur du domicile de la personne avec incapacité. Par contre, une nuance doit être apportée en ce qui concerne l'aide bénévole reçue d'une personne habitant le même domicile. Dans ce contexte, les personnes ayant une incapacité légère (38 %) se distinguent de celles dont l'incapacité est modérée (45 %) ou grave (51 %). Pour ce qui est de l'aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée, les personnes ayant une incapacité légère se distinguent de celles ayant une incapacité modérée ou grave, suivant une relation inverse. En effet, 32 % des personnes ayant une incapacité légère ont reçu l'aide d'une telle source, alors que cette proportion est de 26 % pour celles ayant une incapacité modérée et de 23 % pour les individus ayant une incapacité grave.

Mentionnons qu'aucune association statistiquement significative n'est ressortie des analyses entre le nombre de problèmes de santé de longue durée et les sources d'aide analysées dans l'enquête.

Tableau 12.9
Sources de l'aide[1] selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité recevant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique[3], Québec, 2010-2011

	Aide du CLSC	Aide d'une entreprise ou personne payée	Aide d'une source bénévole		
			Une personne qui habite le même domicile	Une personne qui n'habite pas le même domicile	Source bénévole globale
			%		
Légère	7,1*	31,9	37,9	28,2	58,0
Modérée	10,3	25,6	45,3	37,4	72,7
Grave	23,7	22,8	50,6	48,9	80,7

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Une personne peut utiliser plus d'une source d'aide.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. L'analyse de l'aide reçue tient compte des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique suivantes documentées dans l'EQLAV pour chacune des sources d'aide, soit : soins personnels, préparer les repas, prépare ou prendre des médicaments, faire les achats et travaux ménagers courants.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Sources de l'aide pour les activités spécifiques de la vie quotidienne et de la vie domestique

De manière générale, pour toutes les activités pour lesquelles des données ont été recueillies pour les trois sources d'aide[7], une majorité de personnes reçoivent de l'aide d'une source bénévole (indicateur global), sauf pour préparer et prendre leurs médicaments. Dans le cas de cette activité, l'aide bénévole demeure néanmoins la source d'aide la plus commune (44 %) (tableau 12.10). En particulier, on remarque que pratiquement l'ensemble des personnes recevant de l'aide pour faire les achats en obtient de cette source (90 %).

Par ailleurs, il apparaît que l'aide reçue des entreprises et celle reçue du CLSC sont utilisées afin de combler des besoins pour des activités particulières. En effet, l'examen des résultats permet de souligner que le CLSC est une source rapportée par plus du tiers des personnes qui reçoivent de l'aide pour les soins personnels (36 %).

De leur côté, les entreprises ou les personnes payées procurent de l'aide pour les travaux ménagers courants pour une part d'individus du même ordre (33 %).

Des analyses supplémentaires révèlent quelques variations significatives sur le plan statistique selon le sexe, l'âge et la gravité de l'incapacité pour chacune des sources d'aide examinées par activité.

En ce qui concerne l'aide du CLSC, 41 % des personnes de 65 ans et plus, comparativement à 23 %* de celles de 15 à 64 ans, en reçoivent pour des soins personnels. Parmi les personnes ayant une incapacité modérée ou grave, 12 % reçoivent l'aide du CLSC pour des travaux ménagers courants, comparativement à 8 %* de celles qui ont une incapacité légère (données non présentées). Pour chaque activité de la vie quotidienne ou domestique, aucune différence statistiquement significative selon le sexe n'apparaît pour l'aide reçue du CLSC.

Tableau 12.10
Sources de l'aide[1] par activité, population de 15 ans et plus[2] avec incapacité recevant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique[3], Québec, 2010-2011

	Aide du CLSC	Aide d'une entreprise ou personne payée	Source bénévole globale
		%	
Activités de la vie quotidienne			
Soins personnels	35,7	7,5*	62,3
Se déplacer à l'intérieur du domicile	9,8**	..	..
Activités de la vie domestique			
Préparer les repas	6,4	9,4	63,6
Préparer / prendre des médicaments	2,1**	2,5**	44,0
Faire les achats	2,4*	5,9	90,1
Travaux ménagers courants	11,0	32,9	57,5
Aller aux rendez-vous	3,4	..	..
Finances personnelles	1,3**	..	..

.. Donnée non disponible

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Une personne peut utiliser plus d'une source d'aide.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. L'aide reçue du CLSC est décrite pour huit activités de la vie quotidienne ou domestique; les données concernant l'activité « répit aux proches aidants » ne pouvant être fournies en raison des effectifs concernés. L'aide provenant des autres sources se rapporte quant à elle à cinq des neuf activités documentées dans l'enquête.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

7. Les cinq activités communes aux trois sources d'aide sont : soins personnels, préparer les repas, préparer / prendre des médicaments, faire les achats et travaux ménagers courants. En ce qui concerne l'aide provenant du CLSC, les données sont aussi présentées pour les activités suivantes : se déplacer à l'intérieur du domicile, aller aux rendez-vous et finances personnelles.

Du côté de l'aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée, ce sont davantage les femmes que les hommes qui en reçoivent pour les travaux ménagers courants (35 % c. 27 %). Il ressort aussi que les personnes de 65 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses que celles de 15 à 64 ans à recevoir de l'aide de cette source pour leurs achats (7 % c. 3,8 %**, données non présentées).

Quant à l'aide bénévole, les personnes de 15 à 64 ans sont proportionnellement plus nombreuses que leurs aînées à recevoir une telle aide pour certains types d'activités de la vie quotidienne ou domestique, soit afin de préparer les repas (74 % c. 58 %), pour les travaux ménagers courants (67 % c. 52 %) et pour les soins personnels (74 % c. 58 %). Par ailleurs, l'analyse montre qu'une part plus élevée de femmes que d'hommes reçoivent une aide bénévole pour faire les achats (92 % c. 85 %). Cette relation s'inverse concernant l'aide bénévole pour la préparation et la prise des médicaments, puisque 54 % des hommes (c. 37 % des femmes) reçoivent une telle aide à cette fin (données non présentées).

Enfin, l'enquête fournit des renseignements sur le fait de recevoir ou non l'aide d'un pharmacien pour préparer le pilulier[8] chez les personnes avec incapacité qui consomment des médicaments prescrits et déclarent avoir de l'aide pour les préparer ou pour les prendre. Bien que cette information ne soit pas prise en compte dans les mesures du besoin d'aide et des sources d'aide décrites jusqu'à présent, elle apporte un éclairage complémentaire quant aux sources d'aide pour cette activité en particulier. Parmi les personnes concernées, presque sept sur dix reçoivent l'aide d'un pharmacien pour préparer leur pilulier (68 %). En proportion, plus de femmes que d'hommes ont reçu une telle aide (73 % c. 62 %). Il en est de même pour les personnes de 65 ans et plus, dont une plus forte proportion (71 %) reçoivent de l'aide du pharmacien pour cette activité (c. 61 % pour les personnes de 15 à 64 ans) (données non présentées).

12.2.2 Fréquence de l'aide reçue selon la source de l'aide

Parmi les personnes avec incapacité recevant de l'aide du CLSC pour leurs activités de la vie quotidienne ou domestique, environ la moitié en reçoivent un ou deux jours par semaine. Il en est de même chez les personnes qui reçoivent de l'aide d'une entreprise ou d'une personne payée

Fréquence de l'aide reçue du CLSC

Au sein de la population de 15 ans et plus avec incapacité recevant de l'aide pour au moins une des neuf activités documentées dans l'enquête, 13 % des personnes en obtiennent du CLSC[9] (donnée non présentée) et, parmi celles-ci, la majorité en ont reçu un ou deux jours au cours d'une période hebdomadaire (53 %) (tableau 12.11). Par ailleurs, près de trois personnes sur dix n'en ont pas reçu pendant cette même période (29 %), 13 % en ont reçu de trois à six jours, et 5 %** en ont reçu tous les jours. Une analyse plus pointue révèle que les personnes âgées de 15 à 64 ans sont proportionnellement plus nombreuses que celles de 65 ans et plus à n'avoir reçu aucun jour d'aide du CLSC au cours d'une semaine (42 % c. 23 %). Dans le cas de l'aide reçue du CLSC de un à deux jours, la proportion d'aînés est plus grande que celle des personnes de 15 à 64 ans (61 % c. 35 %, données non présentées).

8. La variable décrivant l'aide reçue d'un pharmacien pour préparer le pilulier est tirée de la question V23B.

9. Cette proportion globale concerne l'aide pour l'une ou l'autre des neuf activités de la vie quotidienne ou domestique documentées par l'enquête, alors qu'au tableau 12.7, la proportion d'ensemble (14 %) ne concerne que cinq de ces neuf activités (pour plus de détails, voir la note 3 du tableau 12.11).

Parmi les personnes ayant reçu l'aide du CLSC au moins une journée au cours d'une semaine, 27 % en ont reçu moins de deux heures; le tiers en ont reçu de deux à trois heures (37 %); 19 % en ont reçu de quatre à neuf heures et, enfin, 17 %* ont reçu dix heures et plus d'aide (tableau 12.11). Une analyse plus détaillée[10] met en lumière une association entre le nombre d'heures d'aide reçue du CLSC et l'âge au sein de la population concernée. Ces résultats, présentés au tableau 12.12, montrent que près de six personnes sur dix (59 %) âgées de 15 à 64 ans ont reçu de l'aide du CLSC pour quatre heures et plus par semaine, alors que la part des aînés qui en ont reçu autant est un peu moins de trois personnes sur dix (28 %).

Tableau 12.11
Fréquence de l'aide reçue au cours d'une période de sept jours, selon la source de l'aide[1], population de 15 ans et plus[2] avec incapacité recevant de l'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique[3], Québec, 2010-2011

	Aide du CLSC	Aide d'une entreprise ou personne payée
	%	
Nombre de jours d'aide reçue		
Aucun jour	28,8	35,5
Un à deux jours	52,5	54,0
Trois à six jours	13,2	7,2*
Sept jours	5,5**	3,4**
Nombre d'heures d'aide reçue[4, 5]		
Moins de deux heures	27,3	7,1*
Deux à trois heures	37,0	40,0
Quatre à neuf heures	19,2	41,5
Dix heures et plus	16,5*	11,4*

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Une personne peut utiliser plus d'une source d'aide.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. L'analyse de l'aide reçue du CLSC tient compte des neuf activités de la vie quotidienne ou domestique documentées dans l'EQLAV, et celle de l'aide provenant d'une entreprise ou personne payée se rapporte à cinq des neuf activités, soit : soins personnels, préparer les repas, préparer ou prendre des médicaments, faire les achats et travaux ménagers courants.
4. Parmi les personnes ayant reçu de l'aide au moins une journée au cours de la période de référence, du CLSC, ou d'une entreprise ou personne payée, selon le cas.
5. Cet indicateur présente un taux de non réponse partielle légèrement supérieur à 10 % dans le cas de l'aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

10. Un regroupement des catégories de la variable « nombre d'heures d'aide reçue » (tant pour l'aide du CLSC que pour celle d'une entreprise ou d'une personne payée) a été nécessaire aux fins de cette analyse statistique. Les catégories, une fois regroupées, sont les suivantes : « moins de quatre heures » et « quatre heures et plus », la période de référence étant de sept jours.

Fréquence de l'aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée

Pour l'examen de la fréquence de l'aide reçue de la part d'une entreprise ou d'une personne payée, rappelons d'abord que 26 % des personnes avec incapacité recevant de l'aide pour au moins une des cinq activités désignées (soins personnels, préparer les repas, préparer ou prendre des médicaments, faire les achats et travaux ménagers courants) en obtiennent de cette source (voir tableau 12.7). Les résultats présentés au tableau 12.11 quant au nombre de jours d'aide d'une entreprise ou d'une personne payée suivent un profil similaire à celui observé pour l'aide du CLSC. La majorité (54 %) des personnes concernées ont reçu cette aide entre un et deux jours, environ le tiers (35 %) n'en ont pas reçue, et de faibles proportions de personnes l'ont reçue pour trois jours ou plus sur une période hebdomadaire (7 %* et 3,4 %**, selon le cas). On ne décèle pas d'association entre le nombre de jours d'aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée et l'âge.

Par rapport au nombre d'heures d'aide d'une entreprise ou d'une personne payée durant la période de référence, il ressort que 7 %* des personnes ayant eu de l'aide au moins un jour en ont reçu pour moins de deux heures, 40 % de deux à trois heures, une proportion semblable de quatre à neuf heures (42 %) et 11 %* dix heures et plus (tableau 12.11)[11]. Comme cela est le cas pour le nombre d'heures d'aide reçue du CLSC, les personnes de 15 à 64 ans sont plus susceptibles de recevoir quatre heures et plus d'aide par semaine d'une entreprise ou d'une personne payée, comparativement à leurs aînées (68 % c. 44 %) (tableau 12.12).

Tableau 12.12
Nombre d'heures d'aide reçue au cours d'une période de sept jours, selon la source de l'aide[1] et selon l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité[2] ayant reçu au moins une journée d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou domestique[3, 4], Québec, 2010-2011

	Moins de quatre heures	Quatre heures et plus
	%	
Aide du CLSC		
15-64 ans	41,1*	58,9
65 ans et plus	72,4	27,6
Aide d'une entreprise ou personne payée[5]		
15-64 ans	31,6*	68,4
65 ans et plus	56,0	44,0

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Une personne peut utiliser plus d'une source d'aide.
2. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.
3. L'analyse de l'aide reçue du CLSC tient compte des neuf activités de la vie quotidienne ou domestique documentées dans l'EQLAV, et celle de l'aide provenant d'une entreprise ou personne payée se rapporte à cinq des neuf activités, soit : soins personnels, préparer les repas, préparer ou prendre des médicaments, faire les achats et travaux ménagers courants.
4. Cette population est constituée des personnes ayant reçu de l'aide au moins une journée au cours de la période de référence, du CLSC, ou d'une entreprise ou personne payée, selon le cas.
5. L'indicateur « nombre d'heures d'aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée » présente un taux de non-réponse partielle légèrement supérieur à 10 %. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

11. L'indicateur « nombre d'heures d'aide reçue d'une entreprise ou d'une personne payée » présente un taux de non-réponse partielle légèrement supérieur à 10 %. Pour plus de détails, voir la section portant sur les aspects méthodologiques de l'enquête.

Fréquence de l'aide reçue d'une source bénévole, par activité de la vie quotidienne ou domestique

Que ce soit pour les soins personnels, la préparation des repas ou encore la préparation ou la prise des médicaments, la plupart des personnes avec incapacité recevant de l'aide bénévole pour ces activités en reçoivent quotidiennement

Le tableau 12.13 présente les données sur le nombre de jours d'aide bénévole reçue par semaine pour chacune des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique désignées. Rappelons que l'aide bénévole provient d'un individu qui habite ou non le même domicile que la personne avec incapacité (soit un membre de la famille, un ami, un voisin, une personne bénévole). Plus de la moitié (58 %) des personnes avec incapacité recevant de l'aide bénévole pour les soins personnels, en reçoivent tous les jours de la semaine. Pour la préparation des repas comme pour la préparation et la prise des médicaments, c'est le cas d'environ huit personnes concernées sur dix (79 % et 83 %, respectivement). Parmi les gens qui reçoivent de l'aide de cette même source pour faire les achats, plus d'une personne sur deux (54 %) l'ont utilisé entre un et deux jours. Pour les travaux ménagers, approximativement le tiers (34 %) des personnes recevant de l'aide bénévole en reçoivent de un à deux jours par semaine, et 39 % en ont eu tous les jours.

L'enquête révèle une association entre le nombre de jours d'aide bénévole reçue pour certaines activités et le sexe ou l'âge, selon les analyses. On note d'abord une variation de cet indicateur selon le sexe en ce qui a trait à la préparation des repas : proportionnellement, plus d'hommes que de femmes reçoivent de l'aide bénévole tous les jours au cours d'une semaine pour cette activité (88 % c. 73 %, données non présentées). Par ailleurs, les proportions de femmes dans la même situation, c'est-à-dire celles qui ont reçu de l'aide pour préparer les repas, sont plus élevées que celles des hommes dans les catégories intermédiaires de l'indicateur, soit « un à deux jours (12 %* c. 4,9 %**) et « trois à six jours » (13 %* c. 6 %**).

À l'instar de l'aide pour la préparation des repas, toutes proportions gardées, un plus grand nombre d'hommes que de femmes ont reçu tous les jours de l'aide bénévole pour faire leurs achats (22 %* c. 12 %, données non présentées). À l'opposé, la proportion d'hommes ayant de l'aide moins d'un jour au cours d'une semaine pour cette activité est inférieure à celle observée chez les femmes (16 %* c. 22 %).

Tableau 12.13
Nombre de jours d'aide bénévole reçue au cours d'une période de sept jours par activité, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité recevant de l'aide bénévole pour les activités de la vie quotidienne ou domestique[2], Québec, 2010-2011

	Moins d'un jour	Un à deux jours	Trois à six jours	Sept jours
		%		
Soins personnels	6,6*	24,0	11,6*	57,8
Préparer les repas	1,8**	8,7*	10,1	79,4
Préparer / prendre des médicaments	3,1**	9,9*	3,8**	83,2
Faire les achats	20,2	54,2	11,1	14,5
Travaux ménagers courants	17,1	34,0	10,0	38,9

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

2. L'analyse de l'aide bénévole reçue porte sur chacune des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique suivantes documentées dans l'EQLAV, soit : soins personnels, préparer les repas, préparer ou prendre des médicaments, faire les achats et travaux ménagers courants. Pour connaître les proportions de personnes concernées par l'aide provenant d'une source bénévole pour chaque activité, voir le tableau 12.10.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Pour les travaux ménagers courants, la proportion de personnes recevant de l'aide bénévole tous les jours de la semaine est à nouveau plus élevée chez les hommes que chez les femmes (50 % c. 34 %, données non présentées). Comme c'est le cas pour la préparation des repas, les femmes sont en plus grand nombre que les hommes, proportionnellement, à avoir de l'aide d'un à deux jours pour réaliser ce type de travaux ménagers (38 % c. 26 %). En dernier lieu, une association significative entre le nombre de jours d'aide bénévole et l'âge ressort aussi de l'analyse concernant cette activité. En proportion, davantage de personnes âgées de 65 ans et plus que de personnes de 15 à 64 ans reçoivent de l'aide bénévole moins d'une journée par semaine pour de tels travaux (21 % c. 12 %*, données non présentées).

12.2.3 Évaluation des besoins d'aide par un membre du service de soutien à domicile du CLSC

L'enquête fournit des renseignements concernant la population dont les besoins d'aide ont été évalués par un membre des services de soutien à domicile du CLSC. Cette caractéristique est examinée pour deux ensembles de personnes de 15 ans et plus avec incapacité : d'une part, celles qui reçoivent de l'aide d'une source autre que le CLSC et, d'autre part, celles qui ne reçoivent aucune aide et déclarent en avoir besoin pour au moins une des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique désignées (soins personnels, préparer les repas, préparer ou prendre des médicaments, faire les achats et les travaux ménagers courants)[12].

Selon les analyses, approximativement une personne sur cinq (20 %) parmi celles qui reçoivent de l'aide d'une source autre que le CLSC a déjà reçu la visite d'un intervenant du CLSC afin d'évaluer ses besoins. Par ailleurs, chez les personnes ne recevant pas d'aide et ayant un besoin d'aide non comblé pour au moins une des cinq activités de la vie quotidienne ou domestique désignées, une faible minorité (13 %) ont été rencontrées par une personne des services de soutien à domicile du CLSC pour une telle évaluation (données non présentées).

Pour ces deux indicateurs, aucune différence statistiquement significative n'apparaît selon le sexe. Par contre, chez les personnes qui reçoivent de l'aide de source autre que le CLSC, celles de 65 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses que celles de 15 à 64 à avoir eu la visite du personnel du CLSC dans le but d'évaluer leurs besoins (23 % c. 17 %).

12. Le premier indicateur, tiré de la question V29, concerne les 88 % de personnes recevant de l'aide d'une source autre que le CLSC parmi celles qui reçoivent de l'aide pour l'une ou l'autre des activités considérées dans l'enquête. Le second indicateur, tiré de la question V32, porte sur les 11 % de personnes ne recevant aucune aide et qui mentionnent avoir besoin d'aide pour au moins une des cinq activités désignées (soins personnels, préparer les repas, préparer ou prendre des médicaments, faire les achats et les travaux ménagers courants) parmi les personnes avec incapacité ayant un besoin d'aide comblé ou non.

13 LA PARTICIPATION SOCIALE

GAËTANE DUBÉ et CLAIRE FOURNIER

Faits saillants

- À partir des données tirées de l'instrument *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE) adapté pour l'EQLAV, on observe que la grande majorité des personnes âgées de 15 ans et plus avec incapacité (72 %) ont une participation sociale « peu ou pas perturbée » dans l'ensemble (mesure globale) et pour 12 des 14 habitudes de vie examinées dans l'enquête (entre 64 % et 88 % des personnes concernées, selon l'habitude de vie). Cela signifie qu'elles réalisent leurs activités courantes et accomplissent la plupart de leurs rôles sociaux sans difficulté et sans aide, ou encore sans difficulté mais avec une aide technique.

- En contrepartie, près de trois personnes sur dix (28 %) se trouvent en situation de handicap du fait de leur participation « modérément perturbée » ou « fortement perturbée » selon la mesure globale. Pour ces personnes, cela indique que plusieurs de leurs habitudes de vie sont soit réalisées avec difficulté, même en ayant une aide technique ou une aide humaine, soit réalisées par substitution (habitude entièrement réalisée par une autre personne), soit non réalisées, en raison d'incapacités trop grandes, d'un manque d'aide ou encore d'obstacles environnementaux trop importants.

- Les personnes âgées de 65 ans et plus, celles qui font partie d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu et les personnes dont l'incapacité est modérée ou grave sont plus susceptibles de voir leur participation sociale globale « modérément perturbée » ou « fortement perturbée ». Dans le cas des personnes ayant une incapacité modérée ou grave, celles-ci se trouvent majoritairement dans une telle situation de handicap pour sept habitudes de vie, dont cinq correspondent à des rôles sociaux.

Au chapitre précédent, les répercussions de l'incapacité étaient abordées sous l'angle du besoin d'aide pour réaliser certaines activités de la vie quotidienne ou domestique. Dans le présent chapitre, le point de vue est celui de la participation sociale, soit le niveau de réalisation des activités courantes et des rôles sociaux qui constituent les habitudes de vie. À l'exemple des thèmes traités antérieurement, les données concernant les répercussions de l'incapacité sur la participation sociale sont fondées sur l'expérience vécue par les personnes âgées de 15 ans et plus avec incapacité vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel[1].

Pour la première fois au Québec, la participation sociale est documentée à l'échelle provinciale au moyen de l'instrument *Mesure des habitudes de vie (MHAVIE) – Adaptation téléphonique*[2], lequel prend appui sur l'approche conceptuelle du Processus de production du handicap (PPH) (Fougeyrollas, Noreau et autres, 2002, Fougeyrollas et autres, 1998). L'instrument vise à déterminer les situations caractérisées par la présence d'obstacles à la participation sociale (situation de handicap) à partir d'informations se rapportant à 14 habitudes de vie que les personnes réalisent dans leurs différents milieux de vie (domicile, lieu de travail ou d'études, quartier).

1. Cet ensemble inclut notamment les personnes qui habitent dans une résidence privée pour aînés. Pour plus de précisions sur la population visée par l'EQLAV, voir la section 1.1.1 de C. Fournier, M. Godbout et L. Cazale (2013).

2. L'instrument utilisé est une version adaptée aux fins de l'EQLAV de la version courte de la MHAVIE (16 habitudes de vie, pour autant d'énoncés). Il existe aussi une version abrégée de la MHAVIE, dans laquelle les habitudes de vie sont détaillées en 77 énoncés, ainsi qu'une version longue de 242 énoncés.

Après avoir présenté la mesure et les concepts propres à la MHAVIE, le chapitre traite de la participation sociale des personnes avec incapacité pour chacune des 14 habitudes de vie documentées par l'instrument. Ce portrait est dressé en fonction du sexe et de l'âge et selon certaines caractéristiques comme, la gravité de l'incapacité[3], le fait de vivre seul et le niveau de revenu du ménage[4]. Par la suite, la participation sociale de la population à l'étude à partir de la mesure globale (toutes habitudes de vie confondues) est examinée selon ces mêmes caractéristiques.

Indicateurs utilisés

Mesure de participation sociale par habitude de vie : Échelle de mesure visant à évaluer la participation sociale des personnes avec incapacité sur la base du niveau de réalisation de 14 habitudes de vie (qui correspondent à des activités courantes et des rôles sociaux) et du type d'aide requis pour les réaliser, tels que mesurés dans l'enquête[1]. L'échelle (cotes de 0 à 9) est divisée en trois catégories permettant de déterminer le niveau de participation sociale d'une personne pour chaque habitude de vie : peu ou pas perturbée (8 ou plus), modérément perturbée (4 à 7) et fortement perturbée (0 à 3). Les deux derniers niveaux reflètent des situations de handicap vécues par une personne quant à la réalisation d'une habitude de vie donnée [Indicateurs construits à partir des questions de l'instrument *MHAVIE – adaptation téléphonique*, section M du questionnaire].

Mesure de participation sociale globale : Une mesure globale de la participation sociale est calculée en faisant une moyenne des cotes pour les 14 habitudes de vie examinées dans l'enquête (résultat normalisé). Les scores obtenus sont ensuite classés selon les mêmes catégories : peu ou pas perturbée (8,00 ou plus), modérément perturbée (4,00 à 7,99) et fortement perturbée (0 à 3,99). Comme il s'agit d'une moyenne, cette mesure globale reflète non seulement la présence d'habitudes de vie pour lesquelles la participation sociale est modérément ou fortement perturbée, mais aussi le poids relatif des habitudes concernées par une telle situation de handicap par rapport à l'ensemble. Par exemple, une personne peut se classer au niveau « peu ou pas perturbée » de la mesure globale de la participation sociale, même si elle vit une situation de handicap (participation modérément ou fortement perturbée) pour certaines habitudes de vie.

1. 1. Pour plus de détails sur la définition des 14 habitudes de vie et sur les concepts « niveaux de réalisation » des habitudes de vie et « types d'aide », voir les encadrés *Habitudes de vie examinées dans la MHAVIE – Adaptation téléphonique* et *Concepts utilisés dans la MHAVIE – Adaptation téléphonique situés* à la section 13.1, pages 229 et 230.

3. Pour plus de détails sur l'indicateur « gravité de l'incapacité », voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 2, à la page 54.

4. Pour plus de détails sur les caractéristiques sociodémographiques et économiques, voir l'encadré *Indicateurs utilisés* situé au chapitre 3, à la page 66.

13.1 Échelle de participation sociale : la *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE)

L'instrument de mesure MHAVIE est un outil pouvant être utilisé peu importe le type d'incapacité qui repose sur la perception qu'ont les personnes de la façon habituelle dont elles réalisent les habitudes de vie et de leurs difficultés à le faire. Selon le modèle conceptuel du PPH, les habitudes de vie[5] comme les activités courantes (se déplacer sur de courtes distances, échanger de l'information, assurer ses soins personnels, etc.) et les rôles sociaux (avoir des relations sociales ou affectives avec les autres, assurer ses responsabilités financières, civiles et familiales, occuper un emploi, etc.) assurent la survie et l'épanouissement d'une personne dans la société tout au long de son existence. La réalisation des habitudes de vie dépend de l'interaction entre les facteurs environnementaux (politiques, socioculturels ou liés à l'environnement physique) et les caractéristiques personnelles (notamment les déficiences et les incapacités), lesquels facilitent ou font obstacle à la participation sociale des individus. La réalisation des habitudes de vie dépend aussi de l'âge de la personne, des attentes de son milieu de vie et aussi des aspects culturels.

Habitudes de vie examinées dans la *MHAVIE – Adaptation téléphonique*

Activités courantes

Se déplacer sur de courtes distances : concerne la façon habituelle pour la personne de réaliser ses déplacements sur de courtes distances, à l'intérieur ou près de son domicile (sortir, se déplacer sur son terrain, sur la rue, sur la route, etc.).

Échanger de l'information sous différentes formes : porte sur la façon habituelle pour la personne de communiquer ou d'obtenir de l'information lorsqu'elle parle au téléphone, regarde la télévision, lit, écrit ou utilise un ordinateur.

Assurer ses soins personnels : concerne la façon habituelle pour la personne de réaliser des soins personnels, comme se coiffer, utiliser les équipements sanitaires, mettre ou enlever une orthèse.

Assurer ses soins de santé : concerne la façon habituelle pour la personne de réaliser des soins de santé, comme prendre ses médicaments ou utiliser les services de santé (exemple : se rendre à la clinique médicale ou à l'hôpital, prendre un rendez-vous avec le médecin, etc.).

Réaliser les activités reliées au domicile : concerne la façon habituelle pour la personne de réaliser des activités concernant l'entretien du domicile, comme faire le ménage, le lavage, tondre le gazon, effectuer des réparations mineures, pelleter la neige ou utiliser des appareils (téléviseur, chauffage).

Faire ses achats et utiliser les services de son milieu : concerne la façon habituelle pour la personne de réaliser des achats dans les commerces (supermarché, centre commercial, dépanneur) et d'utiliser les services de son milieu, comme les services gouvernementaux, la poste et les services bancaires.

Se déplacer à l'aide de moyens de transport : concerne la façon habituelle pour la personne d'utiliser des moyens de transport, à titre de conducteur ou de passager (métro, autobus, automobile, taxi, transport adapté).

5. Quatorze habitudes de vie ont été retenues aux fins de l'enquête : sept habitudes de vie sont des activités courantes et les sept autres correspondent à des rôles sociaux. Pour plus de détails, voir l'encadré *Habitudes de vie examinées dans la MHAVIE – Adaptation téléphonique*, à la page 229.

Rôles sociaux

Avoir des relations sociales ou affectives avec les autres : porte sur la façon habituelle pour la personne d'entretenir des relations sociales ou affectives avec son entourage (conjoint, enfants, parents, amis, voisins, collègues de travail).

Assurer ses responsabilités financières, civiles et familiales : porte sur la façon usuelle pour la personne de payer ses factures (d'électricité, de chauffage, de loyer, etc.), de prendre soin de ses enfants ou d'aller voter.

Réaliser des activités reliées à la formation : porte sur la façon habituelle pour la personne qui a des activités reliées à une formation scolaire ou professionnelle de réaliser les activités reliées à cette formation, comme suivre des cours, faire des travaux scolaires ou participer à des activités parascolaires.

Réaliser des activités reliées à un emploi rémunéré : concerne la façon habituelle pour la personne qui a un emploi de réaliser son travail et d'utiliser des services offerts dans son milieu de travail, comme la cafétéria, les services au personnel, etc. Concerne également la façon habituelle pour la personne qui cherche un emploi de réaliser les activités liées à sa recherche d'emploi et d'utiliser une aide technique spécifique pour réaliser ces activités (agenda adapté, calculatrice adaptée avec synthèse vocale, logiciels particuliers, etc.).

Réaliser des activités reliées à une occupation non rémunérée : porte sur la façon habituelle pour la personne qui fait du bénévolat ou qui a pour occupation principale de tenir maison de réaliser ses activités de bénévolat ou, à sa façon de voir à l'ensemble des responsabilités et des tâches nécessaires au bon fonctionnement de la maisonnée (achat de la nourriture et de fournitures essentielles, entretien ménager, etc.).

Participer aux activités et organisations de son milieu : concerne la façon habituelle pour la personne qui participe aux activités communautaires ou sociales de son milieu (groupes d'entraide ou activités religieuses ou spirituelles) de réaliser ces activités.

Réaliser des activités de loisir : porte sur la façon habituelle pour la personne qui a des activités de loisir, comme faire du sport, de la randonnée, de l'artisanat, aller à la piscine, au centre de loisirs, à la bibliothèque ou au musée, voyager, camper, etc., de réaliser ces activités.

Comme dans l'instrument d'origine, la mesure de la participation sociale[6] adaptée pour l'EQLAV tient compte du niveau de réalisation des 14 habitudes de vie et du type d'aide requis pour les réaliser[7]. Concrètement, la participation sociale est mesurée sur une échelle où chaque profil de réalisation correspond à une cote allant de 0 à 9, la cote la plus élevée décrivant une situation de participation sociale optimale (9 – habitude de vie réalisée sans difficulté et sans aide) et la plus faible, une situation de handicap complète (0 – habitude de vie non réalisée, en raison de trop grandes incapacités, d'obstacles trop importants ou d'un manque d'aide). Aucune cote n'est accordée lorsqu'une personne déclare que l'habitude de vie examinée ne fait pas partie de son cadre de vie (par exemple, par choix personnel, familial ou en raison de son âge). Les personnes qui ne sont pas concernées par l'habitude examinée sont exclues de l'analyse portant sur cette habitude. L'échelle est représentée schématiquement à la figure 13.1.

Figure 13.1
Schéma conceptuel de l'échelle de participation sociale aux habitudes de vie

	Type d'aide pour réaliser une habitude de vie				
Niveau de difficulté à réaliser une habitude de vie	Réalisée par substitution ou non réalisée	Avec aide technique et humaine	Avec aide humaine	Avec aide technique	Sans aide
Avec difficulté	fortement perturbée (cotes 0-1)	fortement perturbée (cote 2)	fortement perturbée (cote 3)	modérément perturbée (cote 6)	modérément perturbée (cote 7)
Sans difficulté		modérément perturbée (cote 4)	modérément perturbée (cote 5)	peu ou pas perturbée (cote 8)	peu ou pas perturbée (cote 9)

Source : Schéma adapté de l'échelle de participation sociale développée par Fougeyrollas, Noreau et autres (2002).

6. Cet indicateur a fait l'objet d'une imputation en raison de la non-réponse partielle affectant les données. Pour plus de détails sur cette opération, voir la section consacrée aux aspects méthodologiques de l'enquête.

7. Les niveaux de réalisation des habitudes de vie ainsi que les types d'aide sont définis dans l'encadré *Concepts utilisés dans la MHAVIE – Adaptation téléphonique*, à la page 232.

Concepts utilisés dans la *MHAVIE – Adaptation téléphonique*

Niveaux de réalisation d'une habitude de vie

Sans difficulté : la personne réalise l'habitude de vie sans difficulté ou avec peu de difficulté, même si cela est fait avec une aide technique ou une aide humaine, selon le cas.

Avec difficulté : la personne réalise l'habitude de vie avec moyennement ou beaucoup de difficulté (avec inconfort, beaucoup d'efforts), même si cela est fait avec une aide technique ou une aide humaine, selon le cas.

Par substitution : la personne ne peut pas participer activement à la réalisation d'une habitude de vie essentielle (se laver, se déplacer, faire ses achats) en raison de trop grandes incapacités ou d'obstacles environnementaux importants. Celle-ci est entièrement réalisée par une aide humaine.

Non réalisée : la personne ne réalise pas l'habitude de vie non essentielle (occuper un emploi, pratiquer un loisir, etc.) en raison de trop grandes incapacités, d'obstacles environnementaux trop importants; d'un manque d'aide. Celle-ci ne peut être réalisée par une autre personne.

Ne s'applique pas : l'habitude de vie ne fait pas partie de la réalité quotidienne (ou du cadre de vie) de la personne, soit parce qu'elle ne s'est pas encore présentée, soit en raison de l'âge ou du sexe, soit à cause de l'environnement, soit par choix personnel, familial ou socioculturel. Par exemple, l'habitude de vie « réaliser des activités reliées à un emploi rémunéré » ne s'applique pas si la personne n'a pas un tel emploi et ne cherche pas à en avoir un (une personne retraitée, par exemple).

Types d'aide[1]

Sans aide : la personne réalise seule l'habitude de vie, sans aide technique ni aide humaine.

Avec aide technique : la personne réalise l'habitude de vie en utilisant une aide technique (par exemple, un appareil auditif, un fauteuil roulant, un siège de bain, des médicaments, etc.).

Avec aide humaine : la personne réalise l'habitude de vie avec l'aide d'une autre personne (un proche, un ami, un préposé). L'aide humaine comprend l'aide physique, la supervision, les consignes et les encouragements, et elle est nécessaire en raison des incapacités de la personne ou des obstacles environnementaux.

---

1. Soulignons que contrairement à l'instrument original MHAVIE, celui adapté aux fins de l'EQLAV ne tient pas compte des aménagements comme type d'aide. Les aménagements sont les modifications de la tâche ou de l'environnement auxquelles une personne peut recourir pour faciliter la réalisation de ses habitudes de vie (par exemple, l'installation d'une rampe d'accès, l'aménagement d'une tâche en plusieurs étapes simples, etc.) (Fougeyrollas, Noreau et autres, 2002).

L'échelle permet de distinguer trois niveaux de participation sociale aux habitudes de vie : une participation peu ou pas perturbée (8 ou plus), modérément perturbée (4 à 7) ou fortement perturbée (0 à 3). Les deux derniers niveaux indiquent que la personne est dans une situation de handicap quant à l'habitude de vie examinée. À titre d'exemple, une personne ayant une incapacité liée à la mobilité peut avoir une participation sociale peu ou pas perturbée en ce qui concerne ses loisirs (par exemple, si elle pratique ses loisirs sans difficulté et sans aide ou encore si elle dispose des aides techniques lui permettant de les pratiquer sans difficulté), mais vivre une situation de handicap dans le cadre des activités reliées au domicile (par exemple, si elle éprouve de la difficulté à réaliser les tâches d'entretien ménager ou encore, si elle a besoin d'une aide humaine pour y parvenir).

Dans ce chapitre, l'interprétation des résultats par habitude de vie vise, d'une part, à déterminer les activités courantes et les rôles sociaux pour lesquels les personnes avec incapacité ont une participation sociale peu ou pas perturbée. Elle vise, d'autre part, à définir les activités courantes et les rôles sociaux pour lesquels on constate chez elles une situation de handicap. À cet égard, l'analyse selon les caractéristiques des personnes (sexe, âge, etc.) fait d'abord ressortir les différences qui sont significatives pour les deux niveaux de participation concernés, soit « modérément perturbée » et « fortement perturbée ». Puis, les écarts significatifs observés pour le niveau « fortement perturbée » seulement sont rapportés, le cas échéant.

La prise en compte des données de l'ensemble des 14 habitudes de vie permet de calculer une mesure globale de participation sociale en faisant une moyenne des cotes obtenues (résultat normalisé). Comme il s'agit d'une moyenne, cette mesure reflète non seulement la présence ou non d'habitudes de vie pour lesquelles la participation sociale est modérément ou fortement perturbée, mais aussi le poids relatif des habitudes concernées par une telle situation de handicap par rapport à l'ensemble des habitudes examinées, le cas échéant. Par exemple, une personne peut se classer au niveau « peu ou pas perturbée » de la mesure globale même si elle vit une situation de handicap (participation modérément ou fortement perturbée) pour quelques habitudes de vie. Par contre, si plusieurs de ses habitudes de vie sont touchées par une situation de handicap, cette situation se reflétera sur sa participation sociale globale qui sera évaluée comme « modérément ou fortement perturbée ». L'interprétation des résultats tirés de cette mesure doit être nuancée en conséquence.

13.2 Participation sociale aux activités courantes et aux rôles sociaux

13.2.1 Participation sociale par habitude de vie

La grande majorité des personnes âgées de 15 ans et plus avec incapacité ont une participation sociale peu ou pas perturbée pour les activités courantes et pour la plupart des rôles sociaux, d'après les données tirées de l'instrument *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE) adapté pour l'EQLAV

La *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE) adaptée pour l'EQLAV révèle qu'une grande majorité des personnes de 15 ans et plus avec incapacité ont une participation sociale peu ou pas perturbée pour leurs activités courantes et pour la plupart de leurs rôles sociaux. Les données indiquent en effet que de 64 % à 88 % des personnes se classent au niveau « peu ou pas perturbée » de l'échelle de participation pour 12 des 14 habitudes de vie retenues aux fins de l'enquête (tableau 13.1). Les personnes dans cette situation réalisent donc les activités courantes et plusieurs des rôles sociaux sans difficulté et sans qu'une aide humaine ne soit nécessaire en raison de leur incapacité ou des obstacles environnementaux. Chez certaines d'entre elles, l'utilisation d'une aide technique facilite cette réalisation.

Signalons les résultats pour cinq habitudes de vie pour lesquelles huit ou neuf personnes avec incapacité sur dix, selon le cas, ont une participation sociale peu ou pas perturbée (tableau 13.1). Trois sont des activités courantes, soit « échanger de l'information sous différentes formes » (82 %), « assurer ses soins personnels » (84 %) et « se déplacer à l'aide de moyens de transport » (81 %), et deux sont des rôles sociaux, soit « avoir des relations sociales ou affectives avec les autres » (88 %) et « assurer ses responsabilités financières, civiles et familiales » (79 %).

Toutefois, environ une personne sur deux a une participation sociale modérément ou fortement perturbée, tant chez les personnes qui ont des activités reliées à la formation que chez celles ayant une occupation non rémunérée, ce qui traduit une situation de handicap à l'égard de ces deux rôles sociaux

Par ailleurs, au-delà de la moitié des personnes ayant une incapacité sont dans une situation de handicap (correspondant aux niveaux « modérément perturbée » et « fortement perturbée » réunis) lorsqu'elles font face aux rôles sociaux suivants :

- réaliser des activités reliées à la formation (comme suivre des cours, faire des travaux scolaires, etc.) : chez les personnes ayant ce type d'activités, six sur dix ont une participation sociale modérément perturbée ou fortement perturbée (8 %** et 51 %, respectivement) ;
- réaliser des activités reliées à une occupation non rémunérée (comme faire du bénévolat, avoir pour occupation principale de tenir maison, etc.) : chez les personnes ayant ce type d'occupation, un peu plus de cinq individus sur dix se classent au niveau « modérément » ou au niveau « fortement » perturbé de la mesure (19 % et 34 %, respectivement)

Soulignons les proportions de personnes dont la participation sociale est fortement perturbée pour ces deux rôles sociaux, qui s'élèvent à 51 % et à 34 % selon le cas. En termes concrets, cela signifie que ces personnes accomplissent ces rôles avec difficulté, même en ayant l'aide humaine nécessaire, ou qu'elles ne peuvent les réaliser en raison de trop grandes incapacités, d'obstacles environnementaux trop importants ou d'un manque d'aide.

13.2.2 Participation sociale par habitude de vie selon le sexe et l'âge

La participation sociale varie significativement selon l'âge pour la plupart des habitudes de vie alors que les variations selon le sexe ne sont observées que pour deux d'entre elles

Le portrait de la participation sociale selon le sexe révèle que les hommes avec incapacité se distinguent des femmes avec incapacité pour seulement deux habitudes de vie : les activités reliées au domicile (activité courante) et celles reliées à un emploi rémunéré (rôle social) (tableau 13.1).

On remarque ainsi qu'une proportion plus élevée d'hommes que de femmes se classent au niveau « peu ou pas perturbée » de l'échelle de participation sociale, tant à l'égard des activités reliées au domicile (76 % c. 62 %) que des activités reliées à un emploi rémunéré, dans le cas des personnes ayant cette habitude dans le cadre de leur vie (74 % c. 60 %) (tableau 13.1).

Tableau 13.1
Participation sociale aux activités courantes et aux rôles sociaux selon le sexe, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Peu ou pas perturbée	Modérément perturbée	Fortement perturbée
	%		
Activités courantes			
Se déplacer sur de courtes distances[a]	**77,2**	**13,7**	**9,2**
Hommes	81,2	11,0*	7,8*
Femmes	73,5	16,1	10,4
Échanger de l'information sous différentes formes[a]	**82,0**	**12,3**	**5,7***
Hommes	82,8	11,4*	5,8**
Femmes	81,3	13,1	5,5*
Assurer ses soins personnels[a]	**84,1**	**9,2**	**6,7**
Hommes	85,0	8,7*	6,2*
Femmes	83,2	9,7*	7,2*
Assurer ses soins de santé[a]	**78,3**	**16,1**	**5,6***
Hommes	79,4	15,3	5,3**
Femmes	77,2	16,9	5,9*
Réaliser les activités reliées au domicile	**68,6**	**15,7**	**15,7**
Hommes	75,7	11,9*	12,4*
Femmes	62,1	19,2	18,7
Faire ses achats et utiliser les services de son milieu[a]	**78,8**	**10,6**	**10,6**
Hommes	81,6	9,5*	8,9*
Femmes	76,3	11,5	12,2
Se déplacer à l'aide de moyens de transport[a]	**81,0**	**10,7**	**8,3**
Hommes	83,2	9,8*	7,0*
Femmes	79,1	11,5	9,4
Rôles sociaux			
Avoir des relations sociales ou affectives avec les autres[a]	**88,1**	**7,3**	**4,6***
Hommes	87,7	8,1*	4,2**
Femmes	88,5	6,5*	4,9*
Assurer ses responsabilités financières, civiles et familiales[a]	**78,9**	**12,3**	**8,8**
Hommes	80,0	11,0*	9,0*
Femmes	77,9	13,5	8,6
Réaliser des activités reliées à la formation[2, a]	**41,2**	**7,6****	**51,1**
Hommes	45,0	x	x
Femmes	38,1	10,7**	51,2
Réaliser des activités reliées à un emploi rémunéré[2]	**66,7**	**8,8***	**24,5**
Hommes	73,6	6,3**	20,1*
Femmes	59,5	11,5*	29,0
Réaliser des activités reliées à une occupation non rémunérée[2, a]	**46,5**	**19,1**	**34,4**
Hommes	49,2	13,3*	37,5
Femmes	44,8	22,8	32,5
Participer aux activités et organisations de son milieu[2, a]	**64,5**	**16,5**	**19,0**
Hommes	69,5	13,5*	17,0*
Femmes	60,2	19,0	20,7
Réaliser des activités de loisir[2, a]	**64,1**	**21,7**	**14,1**
Hommes	68,3	19,4	12,3*
Femmes	60,2	23,9	15,9

x Donnée confidentielle.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

2. Sont exclues les personnes avec incapacité pour qui cette habitude de vie ne s'applique pas, c'est à dire qu'elle ne fait pas partie de leur réalité quotidienne.

a. Le test global du Khi deux entre cette variable et la variable « sexe » est non significatif au seuil de 5%.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011.*

Par ailleurs, toutes proportions gardées, les femmes plus que les hommes se classent aux niveaux « modérément perturbée » et « fortement perturbée » lorsqu'il s'agit de :

- réaliser les activités reliées au domicile (19 % c. 12 %*, modérément perturbée; 19 % c. 12 %*, fortement perturbée).

Du côté de l'analyse en fonction de l'âge, il ressort notamment que les personnes âgées de 15 à 64 sont, en proportion, plus nombreuses que celles de 65 ans et plus à présenter une participation sociale « peu ou pas perturbée » quant aux sept activités courantes retenues aux fins de l'enquête. De 76 % à 90 % des premières se situent à ce niveau de l'échelle de participation, tandis que de 51 % à 72 % des secondes s'y trouvent (tableau 13.2).

On retiendra toutefois que les personnes âgées de 65 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses que celles de 15 à 64 ans à voir leur participation perturbée, tant au niveau « modérément perturbée » qu'au niveau « fortement perturbée », lorsqu'elles réalisent six des sept activités courantes :

- se déplacer sur de courtes distances (20 % c. 11 %, modérément perturbée; 20 % c. 4,4 %*, fortement perturbée);
- échanger de l'information sous différentes formes (17 % c. 10 %, modérément perturbée; 11 %* c. 3,1 %**, fortement perturbée);
- assurer leur soins personnels (14 %* c. 7 %*, modérément perturbée; 15 % c. 3,1 %**, fortement perturbée);
- assurer leurs soins de santé (23 % c. 13 %, modérément perturbée; 12 %* c. 2,9 %**, fortement perturbée);
- réaliser des activités reliées au domicile (23 % c. 12 %, modérément perturbée; 25 % c. 11 %*, fortement perturbée);
- se déplacer à l'aide de moyens de transport (15 % c. 9 %, modérément perturbée; 18 % c. 4,0 %**, fortement perturbée).

Pour trois des sept rôles sociaux, des écarts similaires existent entre les groupes d'âge (tableau 13.2). Comme c'est le cas pour les activités courantes, les personnes avec incapacité âgées de 15 à 64 ans sont proportionnellement plus nombreuses que celles âgées de 65 ans et plus à présenter une participation sociale « peu ou pas perturbée » lorsqu'il s'agit d'assurer leurs responsabilités financières, civiles et familiales (84 % c. 68 %), de participer aux activités et aux organisations de leur milieu, dans le cas des personnes qui ont cette habitude de vie (70 % c. 54 %) et de réaliser des activités de loisir, dans le cas des personnes qui le font habituellement (69 % c. 52 %).

Il est à retenir que les personnes âgées de 65 ans et plus se classent en plus fortes proportions aux niveaux « modérément perturbé » et « fortement perturbée » de l'échelle comparativement à leurs cadettes, pour le rôle social suivant :

- assurer leurs responsabilités financières, civiles et familiales (18 % c. 10 %*, modérément perturbée; 15 % c. 6 %*, fortement perturbée).

L'enquête signale également qu'une proportion plus élevée de personnes avec incapacité âgées de 65 ans et plus, comparée à celle des 15 à 64 ans, se classent au niveau « fortement perturbée » en ce qui concerne la participation aux activités et aux organisations de leur milieu, chez les personnes ayant cette habitude dans leur cadre de vie (26 % chez les 65 ans et plus c. 15 %* chez les 15 à 64 ans), et la réalisation d'activités de loisir, chez les personnes ayant cette habitude (24 % c. 10 %*) (tableau 13.2).

Tableau 13.2
Participation sociale aux activités courantes et aux rôles sociaux selon l'âge, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Peu ou pas perturbée	Modérément perturbée	Fortement perturbée
		%	
Activités courantes			
Se déplacer sur de courtes distances			
15-64 ans	84,7	10,9*	4,4*
65 ans et plus	60,4	19,9	19,7
Échanger de l'information sous différentes formes			
15-64 ans	86,7	10,2*	3,1**
65 ans et plus	71,6	17,0	11,4*
Assurer ses soins personnels			
15-64 ans	89,7	7,2*	3,1**
65 ans et plus	71,7	13,6*	14,7
Assurer ses soins de santé			
15-64 ans	84,0	13,2	2,9**
65 ans et plus	65,6	22,7	11,7*
Réaliser les activités reliées au domicile			
15-64 ans	76,4	12,3	11,3*
65 ans et plus	51,3	23,4	25,4
Faire ses achats et utiliser les services de son milieu			
15-64 ans	85,5	9,2*	5,3*
65 ans et plus	64,1	13,6*	22,3
Se déplacer à l'aide de moyens de transport			
15-64 ans	87,2	8,8*	4,0**
65 ans et plus	67,3	15,0	17,6
Rôles sociaux			
Avoir des relations sociales ou affectives avec les autres[a]			
15-64 ans	89,3	6,7*	4,1*
65 ans et plus	85,6	8,7*	5,7**
Assurer ses responsabilités financières, civiles et familiales			
15-64 ans	83,9	9,9*	6,2*
65 ans et plus	67,7	17,7	14,6
Réaliser des activités reliées à la formation[2, a]			
15-64 ans	45,7	7,8**	46,5
65 ans et plus	x	x	73,9
Réaliser des activités reliées à un emploi rémunéré[2, a]			
15-64 ans	68,9	9,2*	21,8
65 ans et plus	36,8*	x	x
Réaliser des activités reliées à une occupation non rémunérée[2, a]			
15-64 ans	49,7	16,5*	33,7
65 ans et plus	42,0	22,7	35,3
Participer aux activités et organisations de son milieu[2]			
15-64 ans	70,5	14,3*	15,3*
65 ans et plus	53,6	20,5	25,9
Réaliser des activités de loisir[2]			
15-64 ans	68,9	20,8	10,3*
65 ans et plus	52,4	24,1	23,5

x Donnée confidentielle.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

2. Sont exclues les personnes avec incapacité pour qui cette habitude de vie ne s'applique pas, c'est à dire qu'elle ne fait pas partie de leur réalité quotidienne.

a. Le test global du Khi deux entre cette variable et la variable « groupe d'âge » n'est pas significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

13.2.3 Participation sociale par habitude de vie selon la gravité de l'incapacité

Les personnes ayant une incapacité modérée ou grave affichent un portrait de participation sociale moins favorable que celles dont l'incapacité est légère, quels que soient l'activité courante ou le rôle social examiné

Le tableau 13.3 donne un aperçu du portrait de la participation sociale des personnes ayant une incapacité modérée ou grave, comparativement à celui des personnes ayant une incapacité légère. Il est utile de rappeler que parmi la population à l'étude, 32 % des personnes ont une incapacité modérée ou grave et 68 %, une incapacité légère.

L'enquête montre que la proportion de personnes ayant une participation sociale peu ou pas perturbée est moins élevée chez celles ayant une incapacité modérée ou grave que chez celles ayant une incapacité légère, quels que soient l'activité courante ou le rôle social examiné. Selon l'activité courante ou le rôle social, de 9 %** à 73 % des personnes ayant une incapacité modérée ou grave se situent au niveau « peu ou pas perturbée » de l'échelle, alors que c'est le cas de 61 % à 96 % des personnes ayant une incapacité légère.

On note cependant que les personnes dont l'incapacité est modérée ou grave se classent en plus grandes proportions aux niveaux « modérément perturbée » et « fortement perturbée » comparativement à celles ayant une incapacité légère, pour les activités courantes suivantes (tableau 13.3) :

- se déplacer sur de courtes distances (28 % c. 7 %*, modérément perturbée; 26 % c. 1,1 %**, fortement perturbée).
- réaliser les activités reliées au domicile (29 % c. 9 %*, modérément perturbée; 38 % c. 4,8 %*, fortement perturbée).

Puis, des résultats allant dans le même sens sont notés quant aux rôles sociaux suivants :

- participer aux activités et aux organisations de son milieu, dans le cas des personnes qui ont cette habitude dans leur cadre de vie (23 %* c. 13 %*, modérément perturbée; 43 % c. 7 %*, fortement perturbée).
- réaliser des activités de loisir, dans le cas des personnes qui ont cette habitude dans leur cadre de vie (37 % c. 15 %, modérément perturbée; 36 % c. 4,5 %*, fortement perturbée).

L'enquête signale par ailleurs qu'une proportion plus élevée de personnes ayant une incapacité modérée ou grave, comparée à celle des personnes avec incapacité légère, se classent au niveau « fortement perturbée » quant aux rôles sociaux suivants : réaliser des activités reliées à la formation, chez les personnes ayant des activités de formation (83 % c. 32 %*), réaliser des activités reliées à un emploi rémunéré, chez celles ayant un tel emploi ou recherchant un emploi (58 % c. 9 %*) et réaliser des activités reliées à une occupation non rémunérée, chez celles ayant une telle occupation (56 % c. 18 %*) (tableau 13.3).

Tableau 13.3
Participation sociale aux activités sociales et aux rôles sociaux selon la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Peu ou pas perturbée	Modérément perturbée	Fortement perturbée
		%	
Activités courantes			
Se déplacer sur de courtes distances			
Légère	92,3	6,6*	1,1**
Modérée/Grave	46,3	28,1	25,6
Échanger de l'information sous différentes formes			
Légère	92,1	6,3*	1,6**
Modérée/Grave	61,4	24,6	14,0*
Assurer ses soins personnels			
Légère	95,1	x	x
Modérée/Grave	61,6	18,6*	19,8
Assurer ses soins de santé			
Légère	87,5	11,8	0,7**
Modérée/Grave	59,5	24,9	15,6*
Réaliser les activités reliées au domicile			
Légère	85,8	9,4*	4,8*
Modérée/Grave	33,5	28,7	37,9
Faire ses achats et utiliser les services de son milieu			
Légère	91,3	6,3*	2,3**
Modérée/Grave	53,4	19,2*	27,4
Se déplacer à l'aide de moyens de transport			
Légère	92,1	6,9*	1,0**
Modérée/Grave	58,5	18,5*	23,1
Rôles sociaux			
Avoir des relations sociales ou affectives avec les autres			
Légère	95,7	3,1**	1,2**
Modérée/Grave	72,6	15,9*	11,5*
Assurer ses responsabilités financières, civiles et familiales			
Légère	88,3	9,4*	2,3**
Modérée/Grave	59,7	18,3*	22,0
Réaliser des activités reliées à la formation[2]			
Légère	61,1	6,9**	32,0*
Modérée/Grave	8,7**	8,8**	82,5
Réaliser des activités reliées à un emploi rémunéré[2]			
Légère	83,0	7,6*	9,4*
Modérée/Grave	30,6*	11,6**	57,8
Réaliser des activités reliées à une occupation non rémunérée[2]			
Légère	63,2	18,6*	18,2*
Modérée/Grave	23,8*	19,9*	56,3
Participer aux activités et organisations de son milieu[2]			
Légère	79,9	13,0*	7,1*
Modérée/Grave	34,1	23,3*	42,6
Réaliser des activités de loisir[2]			
Légère	80,3	15,1	4,5*
Modérée/Grave	27,5	36,7	35,8

x Donnée confidentielle.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

2. Sont exclues les personnes avec incapacité pour qui cette habitude de vie ne s'applique pas, c'est-à-dire qu'elle ne fait pas partie de leur réalité quotidienne.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

13.2.4 Participation sociale par habitude de vie selon le niveau de revenu du ménage[8]

Pour la plupart des activités courantes et des rôles sociaux, le portrait de la participation sociale est moins favorable chez les personnes avec incapacité membres d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu que chez celles qui vivent dans de meilleures conditions financières

La participation sociale des personnes avec incapacité est associée au niveau de revenu du ménage pour 11 des 14 habitudes de vie retenues aux fins de l'enquête. Le tableau 13.4 montre, à propos de six des sept activités courantes et de cinq des sept rôles sociaux, que la proportion des individus dont la participation sociale est peu ou pas perturbée est plus élevée chez les personnes membres d'un ménage vivant au-dessus du seuil de faible revenu que chez celles appartenant à un ménage dont le revenu est sous ce seuil. Ainsi, en ce qui concerne les activités courantes (à l'exception de celles reliées aux soins de santé), de 73 % à 87 % des premières se classent au niveau « peu ou pas perturbée » de l'échelle de participation sociale tandis que de 56 % à 74 % des secondes s'y trouvent. Du côté des rôles sociaux (sauf ceux relatifs à la formation ou à une occupation non rémunérée), les proportions se rapportant aux membres d'un ménage qui vit au-dessus du seuil de faible revenu vont de 68 % à 91 % alors qu'elles vont de 32 %* à 81 % lorsque le revenu du ménage est inférieur au seuil.

On retiendra toutefois que les personnes membres d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu sont plus nombreuses, en proportion, à se situer aux niveaux « modérément perturbée » et « fortement perturbée » de l'échelle que celles vivant dans des conditions financières plus favorables, pour les activités courantes suivantes:

- se déplacer sur de courtes distances (22 %* c. 11 %, modérément perturbée; 14 %* c. 8 %, fortement perturbée);
- réaliser les activités reliées au domicile (24 %* c. 13 %, modérément perturbée; 21 %* c. 13 %, fortement perturbée);
- se déplacer à l'aide de moyens de transport (19 %* c. 8 %*, modérément perturbée; 14 %* c. 6 %*, fortement perturbée).

Un profil de résultats similaire est observé pour ce qui est des rôles sociaux suivants:

- assurer ses responsabilités financières, civiles et familiales (19 %* c. 10 %, modérément perturbée; 14 %* c. 7 %*, fortement perturbée);
- participer aux activités et organisations de son milieu (24 %* c. 13 %, modérément perturbée; 27 %* c. 16 %, fortement perturbée).

Enfin, chez les personnes avec incapacité ayant un emploi rémunéré (ou cherchant un emploi), on note que 56 % de celles appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu se classent au niveau « fortement perturbée » de l'échelle de participation pour la réalisation des activités reliées à l'emploi (tableau 13.4). À titre comparatif, 15 % des personnes appartenant à un ménage dont le revenu est au-dessus du seuil se situent à ce niveau de l'échelle quant à ce rôle social.

8. L'analyse de la participation sociale par habitude de vie ne révèle que peu de lien avec le fait de vivre seul ou non. Il ressort que les personnes vivant seules sont moins nombreuses, en proportion, à avoir une participation sociale peu ou pas perturbée pour réaliser leurs activités reliées au domicile comparativement à celles qui habitent avec d'autres personnes (56 % c. 72 %) (données non présentées).

Tableau 13.4
Participation sociale aux activités courantes et aux rôles sociaux selon le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Peu ou pas perturbée	Modérément perturbée	Fortement perturbée
		%	
Activités courantes			
Se déplacer sur de courtes distances			
Sous le seuil de faible revenu	64,0	22,1*	13,9*
Au-dessus du seuil de faible revenu	81,3	10,8	7,9
Échanger de l'information sous différentes formes			
Sous le seuil de faible revenu	72,1	19,2*	8,7*
Au-dessus du seuil de faible revenu	85,4	10,4	4,2*
Assurer ses soins personnels			
Sous le seuil de faible revenu	74,0	16,7*	9,3*
Au-dessus du seuil de faible revenu	87,4	6,8*	5,7*
Assurer ses soins de santé[a]			
Sous le seuil de faible revenu	73,1	21,2	5,7**
Au-dessus du seuil de faible revenu	80,8	13,9	5,3*
Réaliser les activités reliées au domicile			
Sous le seuil de faible revenu	55,6	23,9*	20,5*
Au-dessus du seuil de faible revenu	73,2	13,5	13,3
Faire ses achats et utiliser les services de son milieu			
Sous le seuil de faible revenu	66,3	20,1*	13,5*
Au-dessus du seuil de faible revenu	83,5	7,3*	9,2
Se déplacer à l'aide de moyens de transport			
Sous le seuil de faible revenu	67,0	18,7*	14,3*
Au-dessus du seuil de faible revenu	86,3	7,6*	6,1*
Rôles sociaux			
Avoir des relations sociales ou affectives avec les autres			
Sous le seuil de faible revenu	80,7	13,4*	5,8**
Au-dessus du seuil de faible revenu	90,8	5,3*	3,9*
Assurer ses responsabilités financières, civiles et familiales			
Sous le seuil de faible revenu	66,7	18,8*	14,4*
Au-dessus du seuil de faible revenu	83,5	9,8	6,8*
Réaliser des activités reliées à la formation[2, a]			
Sous le seuil de faible revenu	20,5	x	x
Au-dessus du seuil de faible revenu	52,7	7,5**	39,9
Réaliser des activités reliées à un emploi rémunéré[2]			
Sous le seuil de faible revenu	32,1*	11,9**	56,0
Au-dessus du seuil de faible revenu	77,2	8,1*	14,7
Réaliser des activités reliées à une occupation non rémunérée[2, a]			
Sous le seuil de faible revenu	44,2	21,0*	34,8
Au-dessus du seuil de faible revenu	48,4	18,1	33,5
Participer aux activités et organisations de son milieu[2]			
Sous le seuil de faible revenu	48,8	24,0*	27,2*
Au-dessus du seuil de faible revenu	71,4	13,0	15,6
Réaliser des activités de loisir[2]			
Sous le seuil de faible revenu	52,5	30,0	17,6*
Au-dessus du seuil de faible revenu	68,3	18,6	13,1

x Donnée confidentielle.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

2. Sont exclues les personnes avec incapacité pour qui cette habitude de vie ne s'applique pas, c'est à dire qu'elle ne fait pas partie de leur réalité quotidienne.

a. Le test global du Khi deux entre cette variable et la variable « niveau de revenu du ménage » n'est pas significatif au seuil de 5 %.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010 2011*.

13.3 Participation sociale : mesure globale

Les données analysées globalement (toutes habitudes de vie confondues) montrent que la majorité des personnes avec incapacité ont une participation sociale peu ou pas perturbée. En contrepartie, environ trois personnes sur dix se trouvent en situation de handicap du fait de leur participation modérément ou fortement perturbée

L'examen des résultats obtenus pour les 14 habitudes de vie confondues (mesure globale) révèle que la grande majorité de la population âgée de 15 ans et plus avec incapacité se classe du côté positif de l'échelle de participation sociale (niveau « peu ou pas perturbée »). Cependant, près de trois personnes avec incapacité sur dix vivent une situation de handicap si l'on combine les niveaux « modérément perturbée » (23 %) et « fortement perturbée » (6 %*) de la mesure (tableau 13.5). Pour ces personnes, ce résultat traduit le fait qu'elles se classent dans l'un ou l'autre de ces deux niveaux pour plusieurs habitudes de vie. L'enquête montre que la mesure globale de participation sociale varie selon le sexe, l'âge, la gravité de l'incapacité et le niveau de revenu du ménage.

Ainsi, dans la population avec incapacité, toutes proportions gardées, davantage d'hommes que de femmes se situent au niveau « peu ou pas perturbée » de la participation sociale globale (77 % c. 67 %). Par ailleurs, davantage de femmes que d'hommes se trouvent en situation de handicap du fait qu'elles se situent en plus grande proportion au niveau « modérément perturbée » de la mesure (femmes : 27 % c. hommes : 18 %). En proportion, autant d'hommes que de femmes ont une participation sociale fortement perturbée globalement, selon l'enquête.

L'analyse selon l'âge indique pour sa part que les personnes avec incapacité âgées de 65 ans et plus sont, en proportion, moins nombreuses que celles de 15 à 64 ans à se classer du côté positif de l'échelle (58 % c. 78 %). Parallèlement, le bilan global indique que 29 % des aînés se situent au niveau « modérément perturbée » et 13 %*, au niveau « fortement perturbée » de la mesure de participation sociale, soit des proportions supérieures à celles notées chez les personnes plus jeunes. En d'autres termes environ 42 % des personnes avec incapacité âgée de 65 ans et plus se trouvent en situation de handicap, sur la base des données pour l'ensemble des habitudes de vie (tableau 13.5).

Tableau 13.5
Mesure globale de la participation sociale selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Peu ou pas perturbée	Modérément perturbée	Fortement perturbée
		%	
Sexe			
Hommes	76,5	17,8	5,7*
Femmes	67,0	27,3	5,7*
Groupe d'âge			
15-64 ans	77,6	19,8	2,6**
65 ans et plus	58,2	29,3	12,5*
Ensemble	**71,6**	**22,7**	**5,7***

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

Il ressort de l'analyse selon la gravité de l'incapacité qu'environ 64 % des personnes ayant une incapacité modérée ou grave vivent une situation de handicap selon la mesure globale (47 %, modérément perturbée et 17 %, fortement perturbée) (tableau 13.6). Cela n'est pas le cas des personnes ayant une incapacité légère, puisque la vaste majorité d'entre elles (89 %) ont une participation sociale peu ou pas perturbée.

En terminant, le bilan global selon le niveau de revenu du ménage met en évidence un portrait de la participation sociale moins favorable pour les personnes avec incapacité vivant dans des conditions de revenu insuffisant. Ainsi, un peu plus de la moitié (54 %) des personnes appartenant à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu se classent au niveau « peu ou pas perturbée » de l'échelle de participation sociale tandis que cette proportion s'élève à plus des trois quarts (78 %) chez les personnes vivant dans de meilleures conditions financières. Du côté des données reflétant une situation de handicap, on note que 38 % des personnes membres d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu se situent au niveau « modérément perturbée » de la mesure comparativement à 18 % chez les autres personnes (tableau 13.6).

Tableau 13.6
Mesure globale de la participation sociale selon la gravité de l'incapacité et le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus[1] avec incapacité, Québec, 2010-2011

	Peu ou pas perturbée	Modérément perturbée	Fortement perturbée
		%	
Gravité de l'incapacité			
Légère	89,1	x	x
Modéré/grave	35,9	47,2	17,0
Niveau de revenu du ménage			
Sous le seuil de faible revenu	53,9	37,9	8,2*
Au-dessus du seuil de faible revenu	77,9	17,5	4,6*

x Donnée confidentielle.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

1. Population vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011*.

CONCLUSION

À partir des données de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011* (EQLAV), ce volume a permis d'établir un portrait statistique détaillé et représentatif de la population âgée de 15 ans et plus avec incapacité vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel au Québec. Il présente des données fiables et à jour sur les thèmes abordés dans l'enquête, comme les caractéristiques de l'état de santé et de l'incapacité, celles liées à l'utilisation des soins de santé et des services sociaux et aux besoins non comblés en cette matière, l'aide pour la réalisation des activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique ainsi que la participation sociale des personnes avec incapacité.

De nombreux faits saillants, soulignés tout au long des chapitres, permettent de mettre en relief les principaux résultats de l'EQLAV. Cette conclusion en reprend les grandes lignes, tout en proposant une perspective d'ensemble. Lorsque cela est pertinent, des liens ou constantes se dégageant des résultats sont évoqués, avec les nuances appropriées. Au fil du texte, certains groupes plus vulnérables sur le plan de la santé et du bien-être ou encore plus susceptibles de voir leurs besoins de soins et de services non comblés sont identifiés.

Prévalence de l'incapacité au Québec

En 2010-2011, au Québec, environ le tiers des personnes de 15 ans et plus ont une incapacité : chez une personne sur dix, il s'agit d'une incapacité de niveau modéré ou grave, susceptible d'entraîner d'importantes répercussions dans la vie de tous les jours

À partir des données de l'EQLAV 2010-2011, on estime à environ 33 % la prévalence de l'incapacité chez les personnes âgées de 15 ans et plus vivant en ménage privé ou en ménage collectif non institutionnel au Québec. Rappelons que l'enquête s'intéresse à l'incapacité de longue durée, c'est-à-dire dont la durée est de six mois ou plus. Sur la base des renseignements recueillis auprès des personnes quant au nombre de leurs difficultés ou limitations et à leur intensité, un indice de gravité permet de décrire de manière plus nuancée l'incapacité dans la population visée. Selon cet indice, un peu plus de deux personnes sur dix âgées de 15 ans et plus ont une incapacité légère (soit environ 1 504 500 personnes) et une sur dix, une incapacité modérée ou grave (près de 711 000 personnes).

Le taux d'incapacité estimé selon l'EQLAV 2010-2011 se démarque de celui obtenu à partir de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998* (EQLA), qui s'élevait à près de 17 % chez les 15 ans et plus vivant en ménage privé (Camirand et autres, 2001). Rappelons que ces prévalences ne sont pas comparables sur le plan statistique en raison de différences conceptuelles et méthodologiques entre les deux enquêtes. Un examen plus poussé des données de l'EQLAV et de l'EQLA a néanmoins été effectué, ce qui a permis de mettre en lumière que l'écart entre les taux est davantage le fait de l'incapacité légère et ressort de façon moins marquée dans les cas d'incapacité modérée et d'incapacité grave. Pour ces deux niveaux de gravité de l'incapacité, l'écart est surtout attribuable au vieillissement de la population entre les deux enquêtes et à l'inclusion, dans la population visée de l'EQLAV, des personnes vivant en résidence privée pour aînés[1].

1. Un compte rendu de l'examen des données des enquêtes est présenté sous forme d'encadré au chapitre 1 de ce volume, à la page 43. Les résultats détaillés feront l'objet d'une publication ultérieure.

D'autres pistes explicatives pourraient être examinées pour mieux comprendre l'écart entre les taux notés dans l'EQLA et l'EQLAV, notamment en ce qui concerne l'incapacité légère. Certains éléments du contexte social ou sanitaire peuvent être en cause : par exemple, l'augmentation des problèmes de santé chroniques, qui entraînent parfois des limitations d'activités, et l'amélioration des méthodes de dépistage de certains problèmes (par exemple, les troubles de l'apprentissage). À ces facteurs s'ajoute l'hypothèse d'un changement des valeurs dans la société en faveur d'une plus grande acceptation de l'incapacité, ce qui rend les personnes plus disposées à déclarer leurs difficultés ou leurs limitations (Camirand et autres, 2001; Statistique Canada, 2007).

Les femmes et les personnes âgées de 65 ans et plus sont davantage touchées par l'incapacité, notamment lorsqu'il s'agit d'incapacité modérée ou grave

En proportion, davantage de femmes que d'hommes ont une incapacité, ce résultat étant en partie attribuable à la plus grande longévité de celles-ci. Lorsque l'on tient compte de la gravité, la prévalence de l'incapacité modérée ou grave atteint 13 % chez les femmes, comparativement à 9 % chez les hommes, alors que ces derniers comptent davantage de cas d'incapacité légère.

La prévalence de l'incapacité augmente avec l'âge. Environ le quart des personnes âgées de 15 à 64 ans en sont touchées, comparativement à plus de la moitié chez les 65 ans et plus. Un examen détaillé révèle que chez les personnes âgées de 85 ans et plus, la grande majorité sont dans cette situation (plus de huit personnes sur dix) et, fait à souligner, elles se concentrent davantage aux niveaux modéré ou grave de l'incapacité (six personnes sur dix).

À partir de 50 ans, les incapacités liées à l'agilité et à la mobilité sont les plus courantes, tandis que chez les jeunes de 15 à 24 ans, c'est celle liée à l'apprentissage qui est la plus fréquente

Parmi les types d'incapacité physique documentés dans l'enquête, les plus répandus sont les incapacités liées à l'agilité et à la mobilité, les prévalences étant de 15 % et de 13 %, respectivement. Les autres incapacités physiques sont celles liées à l'audition, à la vision ou à la parole et l'incapacité physique de nature indéterminée. À l'exception des difficultés liées à la parole (parler et se faire comprendre), qui touchent 1,5 % de la population de 15 ans et plus visée, les prévalences se situent entre 3,6 % et 7 % selon le cas.

Du côté des incapacités non physiques, celle liée à l'apprentissage (cela comprend les troubles de l'apprentissage, les troubles de la perception, les difficultés d'attention et l'hyperactivité) et celle relative à la mémoire (difficultés de mémoire ou périodes de confusion tous les jours ou presque) touchent chacune environ 5 % des personnes au sein de la population à l'étude. La prévalence de la déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement (TED) est pour sa part estimée à 1,0 %. Enfin, l'incapacité de nature psychologique (limitations d'activités en raison de troubles émotifs, psychologiques ou psychiatriques) est présente chez 4,2 % de la population.

L'incapacité augmente généralement avec l'âge pour la plupart des types examinés. Les incapacités liées à la mobilité et à l'agilité, qui sont les plus répandues dans l'ensemble des personnes de 15 ans et plus, ressortent aussi nettement au sein des groupes d'âge au-delà de 50 ans. Chez les personnes de 85 ans et plus, chacun de ces deux types d'incapacité touche environ les deux tiers des individus. À l'inverse, l'incapacité liée à l'apprentissage et la déficience intellectuelle ou les troubles envahissants du développement sont deux types d'incapacité plus prévalents chez les jeunes de 15-24 ans que chez leurs aînés. Fait à noter, un jeune sur huit a une incapacité liée à l'apprentissage, ce qui en fait le type d'incapacité le plus courant dans ce groupe d'âge.

Caractéristiques des personnes avec incapacité

Caractéristiques de l'incapacité

Les deux tiers de la population à l'étude a une incapacité légère; l'autre tiers présente une incapacité modérée ou grave

Parmi les personnes avec incapacité, environ les deux tiers (68 %) affichent une incapacité légère, l'autre tiers (32 %) ayant une incapacité modérée ou une incapacité grave (22 % et 10 %, respectivement).

Les personnes ayant certains types d'incapacité sont plus susceptibles de se classer au niveau modéré ou grave de l'incapacité

La gravité est associée au type d'incapacité. On constate notamment que les personnes présentant l'un ou l'autre de sept types d'incapacité (vision, parole, mobilité, agilité, mémoire, déficience intellectuelle ou trouble envahissant du développement (TED) et incapacité de nature psychologique) se classent surtout aux niveaux modéré ou grave de l'indice de gravité. Fait à souligner, chez les personnes ayant une incapacité liée à la parole, le niveau grave de l'incapacité regroupe à lui seul la moitié des personnes concernées et le niveau modéré, plus du quart. Quant aux incapacités liées à l'audition et à l'apprentissage, la majorité des personnes se situent plutôt dans la catégorie de l'incapacité légère.

Certains types d'incapacité vont plus souvent de pair avec le cumul d'autres incapacités

Plus de la moitié (56 %) des personnes de 15 ans et plus avec incapacité n'ont qu'un seul type d'incapacité. Cela dit, le fait d'avoir deux incapacités ou plus reste un phénomène relativement courant puisque 44 % des personnes se trouvent dans cette situation. On constate que plusieurs des types d'incapacité mentionnés plus haut comme étant associés à la gravité vont souvent de pair (dans la moitié ou plus des cas) avec le fait d'avoir trois incapacités ou plus. Il s'agit des incapacités liées à la vision, à la parole et à la mémoire, de la déficience intellectuelle ou d'un trouble envahissant du développement (TED) et de l'incapacité de nature psychologique. Il est à noter que huit personnes sur dix ayant une incapacité liée à la parole ont trois incapacités ou plus. Chez les personnes ayant comme type d'incapacité une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (TED), c'est environ sept sur dix.

Causes de l'incapacité les plus fréquentes

Les personnes avec incapacité mentionnent plusieurs raisons pouvant expliquer les difficultés qu'elles ont à accomplir certaines activités ou encore leurs limitations, les plus fréquentes étant la présence d'un problème de santé, le vieillissement et la présence de douleur (49 %, 40 % et 41 %, respectivement).

Caractéristiques sociodémographiques et économiques

En proportion, la population âgée de 15 ans et plus avec incapacité compte plus de femmes et plus de personnes de 50 ans et plus que celle sans incapacité

Environ 52 % de la population québécoise de 15 ans et plus ayant une incapacité est de sexe féminin, soit une proportion un peu plus élevée que dans la population sans incapacité (50 %). On note aussi qu'au-delà de 50 ans, quel que soit le groupe d'âge examiné, la population avec incapacité regroupe un plus grand nombre de personnes, en proportion, que la population sans incapacité. Quant aux aînés de 65 ans et plus, ceux-ci représentent près de trois personnes sur dix parmi la population avec incapacité, comparativement à seulement un individu sur dix dans le reste de la population visée.

La population avec incapacité présente un portrait social et économique moins favorable que celle qui est sans incapacité...

Près d'une personne avec incapacité sur quatre vit seule, les femmes et les personnes âgées de 65 ans et plus se retrouvant davantage dans cette situation. Dans ce groupe d'âge, plus du tiers des personnes avec incapacité vivent seules; chez les 85 ans et plus, c'est la moitié. Le fait de vivre seul est moins répandu chez la population sans incapacité, peu importe le sexe ou l'âge.

Les personnes avec incapacité sont aussi plus susceptibles de présenter les caractéristiques suivantes : être sans emploi, être moins scolarisée et être membre d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu (une personne sur quatre de 15 ans et plus avec incapacité est dans cette situation et une sur trois de 65 ans et plus). En ce qui concerne l'indice de défavorisation, les personnes avec incapacité se classent en plus grande proportion dans le quintile le moins favorisé, et cela, autant sur le plan matériel que social. Des résultats significatifs allant dans le même sens sont observés tant chez les hommes que chez les femmes et au sein des deux grands groupes d'âge (15-64 ans et 65 ans et plus).

...et il en est de même des personnes qui ont une incapacité modérée ou grave, comparativement à celles dont l'incapacité est légère

Le portrait moins favorable sur les plans social et économique brossé pour la population avec incapacité, comparativement à celle sans incapacité, s'accentue lorsque l'on se penche sur la situation des personnes dont l'incapacité est modérée ou grave. Ainsi, vivre seul est une situation de vie partagée par près de trois personnes sur dix en cas d'incapacité modérée et par plus du tiers en cas d'incapacité grave. Un tel résultat peut s'expliquer en partie par un effet d'âge puisque la gravité de l'incapacité augmente avec l'âge et que les aînés comptent davantage de personnes vivant seules. On constate aussi qu'en cas d'incapacité modérée, plus de quatre personnes sur dix sont sans diplôme d'études secondaires et que cette proportion atteint plus de la moitié en présence d'incapacité grave. Quant à l'appartenance à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu, une telle précarité financière touche respectivement un tiers et près de la moitié des personnes selon qu'elles ont une incapacité modérée ou une incapacité grave. À titre comparatif, les personnes se classant au niveau léger de l'incapacité sont moins susceptibles de présenter ces caractéristiques défavorables.

Caractéristiques liées à l'état de santé et consommation de médicaments

Une perception négative de son état de santé et la présence de deux problèmes de santé de longue durée ou plus sont davantage rapportées par les femmes, les personnes dont les caractéristiques sociales et économiques sont moins favorables et celles dont l'incapacité est modérée ou grave

Malgré leur incapacité, la majorité des personnes à l'étude évaluent leur état de santé positivement (état de santé bon, très bon ou excellent). Cela dit, près d'une personne avec incapacité sur quatre se perçoit en moyenne ou mauvaise santé lorsqu'elle se compare aux autres personnes de son âge. Dans le reste de la population qui est sans incapacité, cette proportion est nettement plus faible (3,8 %). Quant au nombre de problèmes de santé de longue durée, les données montrent que les trois quarts des personnes avec incapacité en déclarent au moins un, et près de la moitié en rapportent deux ou plus.

Une telle perception de l'état de santé et le fait de déclarer deux problèmes de santé de longue durée ou plus sont tous deux plus répandus dans certains groupes de la population avec incapacité : les femmes, les personnes qui vivent seules, les personnes sans diplôme d'études secondaires, celles qui font partie d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu de même que les personnes dont l'incapacité est modérée ou grave. L'association notée entre ces deux indicateurs de l'état de santé et la gravité de l'incapacité était attendue puisque les deux niveaux de gravité plus élevés sont le reflet de difficultés ou de limitations multiples découlant d'un état ou de problèmes de santé physique ou mentale de longue durée. Fait à remarquer, la grande majorité des personnes ayant une incapacité légère (près de neuf sur dix) se perçoivent en excellente ou très bonne santé ou encore en bonne santé.

Il est utile de rappeler qu'un effet d'âge peut expliquer en partie le profil de résultats concernant l'état de santé, selon diverses caractéristiques, sachant que certains indicateurs examinés varient en fonction de l'âge.

Les trois quarts des personnes avec incapacité consomment des médicaments prescrits par un médecin. Certaines d'entre elles rapportent des comportements de non-observance de la posologie, surtout parmi le groupe des 15 à 64 ans

Notamment parce que la grande majorité d'entre elles ont au moins un problème de santé de longue durée, la consommation de médicaments prescrits par un médecin est très courante chez les personnes avec incapacité. Près des trois quarts ont ainsi mentionné consommer de tels médicaments (un ou plusieurs) au moment de l'enquête, surtout les femmes et les personnes âgées de 65 ans et plus.

Parmi les personnes qui consomment des médicaments, certaines ont eu un comportement de non-observance de la posologie (à un moment ou à un autre) au cours d'une période d'un mois : 16 % disent avoir pris une moindre quantité de médicaments que ce qui était prescrit et 7 % en ont consommé plus. Selon l'enquête, la non-observance (en moindre quantité ou en surplus) est davantage rapportée par les personnes âgées de 15 à 64 ans, comparativement à leurs aînées. L'oubli est le motif le plus fréquemment invoqué pour avoir consommé moins de médicaments (la moitié des personnes de 15 ans et plus concernées expliquent ainsi leur comportement). Bien que moins fréquents, d'autres motifs sont aussi invoqués, notamment le coût des médicaments qui est mentionné par 7 % des individus (7 %). Chez les personnes ayant pris des médicaments en surplus, les trois quarts mentionnent que c'était pour en retirer plus d'effets bénéfiques, ce qui en fait la raison la plus souvent invoquée pour expliquer cette consommation.

Bien qu'il touche une minorité d'individus, le phénomène de la non-observance de la posologie des médicaments prescrits fait l'objet d'une attention particulière en raison des dimensions de l'efficacité et de la sécurité qui se rattachent à l'utilisation des médicaments. Les données disponibles dans l'EQLAV documentent ce type de comportement, ce qui est utile pour déterminer les mesures les plus appropriées pour le prévenir et pour assurer l'accessibilité aux médicaments prescrits.

Utilisation des services de santé et des services sociaux et besoins non comblés

L'EQLAV a permis de dresser un portrait détaillé de l'utilisation d'un large éventail de services de santé et de services sociaux par les personnes âgées de 15 ans et plus avec incapacité. Les résultats rendent aussi compte des besoins non comblés de ces personnes, de manière spécifique selon les services, en précisant les cas où les services avaient fait l'objet d'une recommandation par un médecin ou un autre professionnel de la santé, ce qui constitue l'un des intérêts particuliers de l'enquête. Lorsque les données le permettaient, le fait d'être en attente de certains services a été documenté dans le cas des services de réadaptation spécialisés, ce qui permet de nuancer l'interprétation des résultats concernant le besoin non comblé pour ces services.

Médecin de famille et endroit habituel de soins

Au Québec, plus de huit personnes avec incapacité sur dix ont un médecin de famille, et neuf sur dix mentionnent avoir un endroit habituel où consulter un médecin pour leurs soins de santé généraux

L'accès à un médecin de famille est à la base de la réforme des services de santé de première ligne qui s'est opérée au Québec depuis quelques années. S'appuyant sur les recommandations de la commission Clair et d'autres commissions menées à l'échelle canadienne, la réforme visait le renforcement des services de première ligne et l'accès à un médecin de famille pour chaque citoyen (Clair, 2000 ; Kirby, 2002 ; Romanow, 2002). Dans ce volume, l'affiliation à un médecin de famille et le fait d'avoir un endroit habituel de soins ont été examinés chez la population avec incapacité, à partir des données de l'*Enquête québécoise sur l'expérience de soins* (EQES) à laquelle est rattachée l'EQLAV.

Parmi l'ensemble de la population de 15 ans et plus avec incapacité, la grande majorité des personnes, soit 85 %, indiquent avoir un médecin de famille ou un médecin en particulier qui prend la responsabilité de leurs soins de santé (dans presque tous les cas, il s'agit d'un généraliste). Cette proportion est plus élevée chez les personnes âgées de 65 ans et plus (95 %) que chez les 15 à 64 ans (81 %), les 15 à 24 ans se démarquant en affichant la proportion la plus faible (73 %). L'affiliation à un médecin de famille est plus répandue dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité, sauf chez les deux groupes les plus avancés en âge (75 à 84 ans et 85 ans et plus). Au-delà de 75 ans, approximativement 95 % des personnes ont un médecin de famille, qu'elles aient ou non une incapacité.

Les personnes qui déclarent avoir un endroit habituel où consulter un médecin pour leurs soins de santé généraux sont aussi largement majoritaires (89 %) au sein de la population avec incapacité. Sur ce plan, les personnes âgées de 15 à 64 ans affichent une proportion moins élevée que leurs aînées, la proportion la plus faible étant observée chez les 15 à 24 ans. Dans la plupart des cas, l'endroit habituel de soins mentionné par les personnes de 15 ans et plus est une clinique ou un bureau de médecin.

Toutes proportions gardées, l'affiliation à un médecin de famille et le fait d'avoir un endroit habituel de soins sont davantage rapportés par les personnes avec incapacité vivant seules, celles qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires, celles qui présentent deux problèmes de santé ou plus et celles dont l'incapacité est modérée ou grave. Un effet d'âge explique en partie ces résultats puisque ces caractéristiques se retrouvent généralement davantage chez les personnes de 65 ans et plus.

Une personne avec incapacité sur dix n'a pas de médecin de famille et exprime le besoin d'en avoir un

Environ 15 % des personnes avec incapacité n'ont pas de médecin de famille, mais il importe de préciser qu'elles ne souhaitent pas toutes en avoir un. Si l'on s'en tient aux individus n'ayant pas de médecin de famille et qui en voudraient un, ceux-ci représentent environ 11 % de la population à l'étude, soit une proportion plus faible que ce qui est noté chez la population sans incapacité (14 %).

Parmi les personnes avec incapacité, un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille est exprimé en plus forte proportion par les hommes et par les individus des deux groupes d'âge situés entre 15 et 49 ans. Il ressort aussi davantage chez les immigrants récents et chez les personnes ne vivant pas seules. Un effet d'âge est possiblement en cause dans ces résultats[2]. Selon les données, les personnes vivant dans un ménage sous le seuil de faible revenu ne se distinguent pas significativement de celles dont les conditions financières sont plus avantageuses.

Les résultats révèlent par ailleurs que les personnes avec incapacité dont le profil de santé est moins favorable (soit celles ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus et celles ayant une incapacité grave) sont moins nombreuses, en proportion, à avoir un besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille (environ 5 %, soit une personne sur vingt).

> Parmi celles qui ont un médecin de famille, près de quatre personnes avec incapacité sur dix l'ont consulté trois fois ou plus au cours d'une période de 12 mois

Parmi les personnes ayant un médecin de famille généraliste, soit 80 % de l'ensemble de la population avec incapacité, neuf sur dix ont consulté leur médecin au moins une fois au cours d'une période de 12 mois, et près de quatre sur dix l'ont fait à trois occasions ou plus. Cette fréquence de consultation (3 fois ou plus) est davantage observée chez les femmes et les personnes âgées de 65 ans et plus (chez les 85 ans et plus, c'est la moitié des personnes). Elle l'est aussi chez les individus aux caractéristiques sociales et économiques plus précaires, notamment sur le plan du revenu du ménage (sous le seuil de faible revenu) et du niveau de scolarité (sans diplôme d'études secondaires).

> Près d'une personne avec incapacité sur cinq indique qu'il lui est arrivé d'avoir besoin d'une consultation auprès de son médecin de famille au cours d'une période de 12 mois, sans pouvoir l'obtenir

Un tel besoin non comblé est rapporté en proportion plus élevée chez les femmes, les personnes âgées de 15 à 64 ans (surtout le groupe des 25 à 49 ans) et les personnes dont l'incapacité est modérée. Il est aussi davantage observé chez les personnes ayant une incapacité de nature psychologique (c'est-à-dire des limitations d'activités en raison de troubles émotifs, psychologiques ou psychiatriques d'une durée de six mois ou plus), comparativement à celles qui ont d'autres types d'incapacité. C'est d'ailleurs le seul type d'incapacité dont la présence s'accompagne plus souvent d'un besoin non comblé de consultation du médecin de famille, d'après l'enquête En contrepartie, les personnes vivant seules et celles qui sont les moins scolarisées déclarent en proportions plus faibles un besoin non comblé. Tout comme cela a été observé dans le cas du besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille, la présence d'un tel besoin à l'égard d'une consultation auprès de son médecin au cours d'une période de 12 mois ne varie pas en fonction du niveau de revenu du ménage dans la population à l'étude.

Médecins spécialistes

> Près de la moitié des personnes avec incapacité mentionnent être suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste

Environ 47 % des personnes avec incapacité sont suivies régulièrement par un ou plusieurs médecins spécialistes, les médecins les plus fréquemment mentionnés étant le cardiologue et l'ophtalmologiste (une personne sur dix environ, dans chacun des cas). Un tel suivi est plus souvent rapporté par les femmes (51 %) et par les personnes âgées de 65 ans et plus (59 %). Cela dit, un examen détaillé par sexe et par âge permet de nuancer ce tableau. En ce qui a trait à l'écart selon le sexe, on constate que c'est seulement dans les groupes âgés entre 15 et 64 ans que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à être suivies régulièrement. Au-delà de 65 ans, les hommes sont en plus grande proportion à cet égard, quel que soit le groupe d'âge examiné. L'analyse selon l'âge révèle aussi que la part de personnes suivies régulièrement par un médecin spécialiste atteint environ 60 % entre 65 et 84 ans, pour ensuite diminuer à 51 % chez celles âgées de 85 ans et plus.

2. En effet, les données ont montré que le besoin non comblé d'affiliation à un médecin de famille est plus fréquent chez les personnes avec incapacité âgées de 15 à 64 ans. Or, dans ce groupe d'âge, on retrouve un peu plus d'immigrants récents et davantage d'individus membres d'un ménage de deux personnes ou plus, toutes proportions gardées.

En ce qui concerne la fréquence de la consultation, il ressort que presque deux personnes sur trois (63 %) ont consulté à deux occasions ou plus au cours d'une année parmi les personnes avec incapacité suivies régulièrement par au moins un médecin spécialiste. La proportion est plus élevée chez les 65 ans et plus (66 %), et les trois groupes d'âge concernés ne se distinguent pas entre eux sur le plan statistique.

> Sept personnes sur dix ayant une incapacité modérée ont consulté leur médecin spécialiste à deux occasions ou plus en une année. Chez celles dont l'incapacité est grave, c'est trois personnes sur quatre

Qu'il s'agisse du suivi régulier par au moins un médecin spécialiste ou de la consultation de ce type de médecin à deux occasions ou plus au cours d'une année, la part des individus concernés augmente avec la gravité de l'incapacité ainsi qu'avec le nombre de problèmes de santé de longue durée. On retient, entre autres choses, qu'approximativement six personnes sur dix sont suivies régulièrement, tant parmi celles ayant une incapacité grave que chez celles ayant deux problèmes de santé ou plus. Quant à la consultation à deux occasions ou plus, elle est plus répandue lorsque l'incapacité est modérée (69 % des personnes concernées) et encore davantage en cas d'incapacité grave (75 %). On l'observe également plus chez les personnes déclarant un problème de santé de longue durée (63 %) ou plusieurs problèmes de santé (66 %).

> Plus d'une personne avec incapacité sur dix mentionne qu'il lui est arrivé d'avoir besoin d'une consultation auprès d'un médecin spécialiste, sans pouvoir l'obtenir

La présence d'un besoin non comblé de consultation d'un médecin spécialiste au cours d'une période de 12 mois touche près de 13 % des personnes avec incapacité. Les femmes ainsi que les personnes âgées de 15 à 64 ans déclarent un tel besoin en proportions plus élevées (15 % et 16 %, respectivement). Encore une fois, l'examen détaillé permet de nuancer les résultats. Il montre que le groupe des 25 à 49 ans affiche la proportion la plus forte, soit 18 % de personnes ayant un besoin non comblé. De leur côté, les 75 ans et plus comptent environ 5 % de personnes dans cette situation, ce qui en fait le groupe d'âge le moins touché. Les personnes les moins scolarisées (sans diplôme d'études secondaires) sont aussi plus faiblement touchées par un tel besoin, par rapport à celles ayant atteint un plus haut niveau de scolarité. Il est intéressant de souligner que le besoin non comblé de consultation d'un médecin spécialiste ne varie pas selon le fait de vivre seul ni selon le niveau de revenu du ménage, d'après l'EQLAV.

Les personnes ayant une incapacité modérée ou grave et celles déclarant au moins un problème de santé de longue durée sont plus nombreuses, en proportion, à avoir un besoin non comblé de consultation d'un médecin spécialiste.

Autres professionnels de la santé et des services sociaux

> Un peu plus de la moitié des personnes avec incapacité sont suivies régulièrement par au moins un professionnel de la santé ou des services sociaux autre qu'un médecin

Selon l'enquête, davantage de femmes que d'hommes et un peu plus de personnes âgées de 15 à 64 ans que de personnes ayant 65 ans et plus sont suivies régulièrement par un ou plusieurs professionnels de la santé ou des services sociaux autres qu'un médecin (par exemple, l'infirmière, le dentiste, l'optométriste, le psychologue, le physiothérapeute, l'acupuncteur ou d'autres professionnels). C'est aussi le cas des personnes dont l'incapacité est grave, comparativement à celles qui ont une incapacité légère ou modérée, et celui des personnes ayant un ou plusieurs problèmes de santé de longue durée, par rapport à celles sans problème de cette nature.

On note par ailleurs que les personnes vivant seules (49 %), celles qui sont les moins scolarisées (sans diplôme d'études secondaires) (42 %) et celles appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu (45 %) sont proportionnellement moins nombreuses à avoir ce type de suivi.

Parmi les personnes qui sont suivies régulièrement, plus des deux tiers ont dû payer les frais, en tout ou en partie, pour l'une ou l'autre des consultations avec un professionnel de la santé ou des services sociaux, au cours d'une période de 12 mois. Toutes proportions gardées, beaucoup plus de personnes ont payé pour ces services parmi celles qui sont âgées de 15 à 64 ans (soit environ les trois quarts).

Bien que relativement peu de personnes avec incapacité mentionnent un besoin non comblé de consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux, certains groupes sont plus touchés que d'autres

Environ 3,9 % des personnes âgées de 15 ans et plus avec incapacité ont eu besoin, à un moment ou à un autre au cours d'une période de 12 mois, d'une consultation auprès d'un professionnel de la santé ou des services sociaux, sans pouvoir l'obtenir. Certains groupes d'individus sont plus susceptibles de présenter un tel besoin non comblé : il s'agit des personnes âgées de 15 à 64 ans, de celles vivant seules, de celles avec incapacité grave et de celles qui déclarent un seul problème de santé de longue durée. Soulignons de nouveau que le besoin non comblé ne diffère pas selon le fait d'être membre ou non d'un ménage dont le revenu est insuffisant.

Services de l'hôpital et services à domicile posthospitaliers fournis par un CLSC

Quatre personnes avec incapacité sur dix ont reçu au moins l'un des services hospitaliers examinés (soit une consultation à l'urgence, une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour), au cours d'une période de 12 mois

Le tiers des personnes avec incapacité (33 %) ont consulté un médecin à l'urgence au moins une fois au cours d'une période de 12 mois, 14 % ont été hospitalisées et 11 % ont subi une chirurgie d'un jour. L'enquête montre que 42 % des personnes ont reçu l'un ou l'autre de ces services à au moins une occasion pendant la période de référence.

La consultation à l'urgence et l'hospitalisation sont plus fréquemment rapportées par les femmes. Par ailleurs, on remarque des profils distincts selon l'âge. En effet, comparativement au groupe des 65 ans et plus, celui des 15 à 64 ans compte plus de personnes ayant consulté à l'urgence au moins une fois, surtout chez les 15 à 24 ans (40 %). Ce résultat pourrait être analysé en parallèle avec les données de l'enquête selon lesquelles l'affiliation à un médecin de famille et le fait d'avoir un endroit habituel de soins sont moins répandus chez les personnes avec incapacité âgées de 15 à 64 ans, notamment chez les plus jeunes (15 à 24 ans). En effet, on peut avancer qu'une personne sans médecin de famille ou sans endroit habituel de soins est plus susceptible de se rendre à l'urgence pour consulter un médecin (McCusker et autres, 2013).

Quant à l'hospitalisation, l'enquête montre sans surprise qu'elle touche davantage les personnes de 65 ans et plus, surtout au-delà de 85 ans (une personne sur quatre).

Aussi, les personnes dont le ménage vit en situation d'insuffisance de revenu rapportent plus fréquemment que les autres avoir consulté un médecin à l'urgence ou encore avoir été hospitalisées au cours de la période de référence.

La part des personnes ayant reçu au moins un service hospitalier augmente avec la gravité de l'incapacité. Elle dépasse la moitié chez celles dont l'incapacité est grave

Les proportions de personnes déclarant avoir consulté à l'urgence ou avoir été hospitalisées au cours d'une année augmentent graduellement avec le niveau de gravité de l'incapacité ainsi qu'avec le nombre de problèmes de santé de longue durée. Le profil des résultats est similaire en ce qui concerne le fait d'avoir reçu au moins l'un des trois services hospitaliers examinés. Soulignons que près de la moitié (48 %) des personnes avec incapacité modérée ont reçu au moins un service hospitalier au cours de la période de référence. Parmi les personnes avec incapacité grave, la proportion atteint 54 %.

Chez 9 % des personnes concernées, le dernier (seul) service hospitalier reçu a été suivi de services à domicile du CLSC, c'est-à-dire des soins de santé ou de l'aide à domicile

Il arrive qu'une personne ait besoin de services à domicile après avoir obtenu son congé de l'hôpital. Ce type de services, généralement de courte durée, comprend les soins de santé à domicile et l'aide à domicile. L'EQLAV a permis de documenter l'utilisation de ces services fournis par un CLSC ainsi que le besoin non comblé à cet égard, à partir de données se rapportant au dernier (ou au seul) service hospitalier reçu au cours d'une période de 12 mois (il s'agit d'une consultation à l'urgence dans la plupart des cas).

Parmi les personnes avec incapacité concernées, près d'une sur dix a reçu l'un ou l'autre des services à domicile d'un CLSC à la suite du dernier (ou du seul) service obtenu à l'hôpital. Les soins de santé à domicile sont un peu plus courants que l'aide à domicile ; en effet, 8 % des personnes ont reçu des soins de santé (comme des

prises de sang, des changements de pansements ou des traitements) et 2,4% ont reçu de l'aide (par exemple, pour se laver, s'habiller ou manger ou encore pour les tâches domestiques). Lorsque l'on tient compte du type de service hospitalier reçu, on constate que c'est surtout à la suite d'une hospitalisation que les personnes ont reçu des services à domicile du CLSC (28 % des personnes concernées), et que cela inclut presque toujours des soins de santé.

Les personnes ayant reçu des services à domicile du CLSC à la suite d'un service hospitalier se retrouvent davantage parmi les groupes suivants : les personnes âgées de 65 ans et plus – surtout parmi celles d'âge très avancé (chez les 85 ans et plus : 29 %) –, les personnes vivant seules, celles qui appartiennent à un ménage vivant sous le seuil de faible revenu, celles ayant une incapacité modérée et surtout celles dont l'incapacité est grave (24 %), et aussi les personnes déclarant deux problèmes de santé de longue durée ou plus.

Les besoins non comblés de services à domicile du CLSC à la suite d'un service à l'hôpital sont relativement peu fréquents mais touchent certains groupes en particulier, dont les personnes ayant une incapacité modérée ou grave

Parmi les personnes avec incapacité ayant utilisé au moins un service hospitalier, certaines mentionnent avoir eu besoin de soins à domicile (4,0 %) ou d'aide à domicile (9 %) à la suite du dernier service obtenu à l'hôpital, sans pouvoir les obtenir. Si l'on s'en tient aux besoins non comblés de services à domicile recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé ou des services sociaux, les proportions sont de 1,5 % et 2,6 %, respectivement.

Tant pour les soins de santé à domicile que pour l'aide à domicile, les besoins non comblés sont plus souvent rapportés par les personnes vivant seules, celles dont le ménage vit sous le seuil de faible revenu et celles dont l'incapacité est modérée ou grave. Un profil de résultats semblable est constaté lorsqu'il s'agit des besoins non comblés de soins de santé et d'aide à domicile recommandés.

Soins de santé à domicile publics ou privés

Dans le contexte actuel du vieillissement de la population, les services de soutien à domicile sont appelés à se développer de plus en plus pour répondre aux besoins croissants à cet égard. De tels services visent à permettre aux personnes de rester le plus longtemps possible à leur domicile ou d'y retourner rapidement après un épisode de soins (MSSS, 2003). Parmi ces services figurent les soins de santé à domicile faisant partie des thèmes abordés dans l'EQLAV.

Les données de l'enquête ont permis de décrire l'ensemble des soins de santé à domicile reçus par les personnes avec incapacité au cours d'une période de 12 mois. Cela englobe les soins de santé (comme des prises de sang, des changements de pansements ou des traitements) requis en raison d'un problème de santé ou d'une perte d'autonomie temporaire ou de longue durée, fournis par un CLSC ou par tout autre organisme, que ce soit une agence privée ou une coopérative de santé. Sont aussi inclus les soins de santé à domicile posthospitaliers qui ont fait l'objet d'une description spécifique précédemment.

L'utilisation des soins de santé à domicile tout comme la présence d'un besoin non comblé pour ces services sont plus fréquemment rapportées par certains groupes, notamment les personnes âgées de 85 ans et plus et celles dont l'incapacité est grave

Environ 8 % des personnes avec incapacité ont reçu des soins de santé à domicile au cours de la période de référence, et la grande majorité d'entre elles ont indiqué que leur CLSC en a payé les frais. L'utilisation de ce type de soins de santé est plus fréquemment rapportée par les femmes et par les personnes âgées de 65 ans et plus (surtout les 85 ans et plus : 36 %), de même que par celles qui présentent un portrait plus précaire sur le plan social ou économique (les personnes vivant seules, les moins scolarisées, celles appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu). Elle est aussi davantage observée chez les personnes dont les caractéristiques quant au nombre de problèmes de santé et à l'incapacité sont les plus défavorables (30 % chez les personnes avec incapacité grave).

Un besoin non comblé pour de tels services au cours d'une année est exprimé par une petite proportion de personnes avec incapacité, soit 3,4 %, les femmes, les aînés de 65 ans et plus, les personnes vivant seules et celles qui font partie d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu étant davantage concernées. Les besoins non comblés à cet égard sont aussi plus courants chez les personnes ayant deux problèmes de santé de longue durée ou plus et chez celles dont l'incapacité est grave. Dans ce dernier groupe plus vulnérable, c'est plus d'une personne sur dix qui mentionne avoir eu besoin de soins de santé à domicile, sans pouvoir les obtenir.

Un besoin non comblé pour des soins de santé à domicile recommandés par un médecin ou un autre professionnel de la santé est rapporté par 1,4 % des personnes avec incapacité, surtout parmi les femmes et les personnes âgées de 65 ans et plus.

Services de réadaptation spécialisés

Rappelons que les résultats de l'EQLAV au regard des services de réadaptation spécialisés concernent, d'une part, les services offerts dans les centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) ou dans les centres spécialisés en déficience intellectuelle ou en troubles envahissants du développement (CRDITED) et, d'autre part, les services de réadaptation en santé mentale, alcoolisme ou toxicomanie (aussi connus sous les termes de « soutien dans la communauté » et de « services de réadaptation en raison d'un problème d'alcool, de drogue ou de jeu » dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux). Dans un cas comme dans l'autre, les données concernent les services de réadaptation qui sont gratuits.

> L'utilisation des services de réadaptation spécialisés d'un CRDP ou d'un CRDITED est plus répandue en cas d'incapacité grave. Par ailleurs, un besoin non comblé pour de tels services est aussi plus souvent rapporté en présence de cette condition

Chez les personnes ayant une déficience physique (c'est-à-dire l'un ou l'autre des types d'incapacité suivants : audition, vision, parole, mobilité, agilité), une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (TED) ou encore une incapacité physique de nature indéterminée[3], qui représentent environ 86 % de l'ensemble de la population de 15 ans et plus avec incapacité, une faible minorité (3,3 %) ont reçu des services de réadaptation spécialisés fournis par un CRDP ou un CRDITED au cours d'une période de 12 mois. La grande majorité d'entre elles les ont reçus en raison de difficultés liées à leurs mouvements (81 %).

Parmi les personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle ou encore une incapacité de nature indéterminée, les hommes, les personnes âgées de 15 à 64 ans de même que les personnes dont le ménage vit sous le seuil de faible revenu sont plus susceptibles d'avoir utilisé ce type de services.

Les services de réadaptation offerts dans les CRDP et les CRDITED s'adressant notamment aux personnes ayant des incapacités dites significatives et persistantes (ou même permanentes), c'est sans surprise que l'on constate des écarts marqués selon le niveau de gravité de l'incapacité. La part des personnes qui ont utilisé ces services parmi celles se classant au niveau de l'incapacité légère s'avère ainsi minime (de l'ordre de 1 %), tandis qu'elle atteint une personne sur dix en cas d'incapacité grave. Lorsque l'on tient compte du type d'incapacité, c'est chez les individus ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (TED) que l'on retrouve la plus grande proportion d'utilisateurs (une personne sur quatre), principalement attribuable à l'utilisation des services d'une CRDITED.

Du côté du besoin non comblé en matière de services de réadaptation spécialisés (CRDP ou CRDITED), celui-ci est mentionné par 2,8 % des personnes concernées. Les personnes de 15 à 64 ans et celles appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu mentionnent en plus grande proportion un tel besoin. Il est aussi plus fréquemment rapporté par les groupes suivants : les personnes ayant une incapacité grave et celles qui présentent les types d'incapacité « parole », « apprentissage », « déficience intellectuelle ou trouble envahissant du développement » et « incapacité de nature psychologique » (près d'une personne concernée sur dix dans chaque groupe).

Il est intéressant de souligner que les personnes ayant un besoin non comblé de services de réadaptation spécialisés sont en proportion appréciable (de l'ordre de quatre sur dix) à se dire en attente de services, ce qui signifie que leur nom figure sur une liste d'attente

3. Parmi cet ensemble de personnes, certaines présentent aussi d'autres types d'incapacité, comme une incapacité liée à l'apprentissage, ou encore une incapacité de nature psychologique.

pour des services d'aide technique, des services visant la récupération des capacités ou d'autres services de réadaptation, selon le type de services pour lequel un besoin non comblé a été précisé.

Du côté des services de réadaptation en santé mentale, une personne sur cinq a reçu du « soutien dans la communauté » parmi celles de 15 à 49 ans ayant une incapacité de nature psychologique. Un tel soutien vise notamment à aider la personne à trouver un logement, à gérer ses médicaments ou à réintégrer le marché du travail

Chez les personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité de nature psychologique (qui constituent environ 13 % de l'ensemble de la population avec incapacité), 14 % ont reçu des services gratuits de soutien dans la communauté au cours d'une période de 12 mois. C'est donc dire que ces personnes ont été suivies par un intervenant dans le but de les aider à vivre dans la communauté, par exemple pour trouver un logement, gérer leurs médicaments, réintégrer le marché du travail, etc. Le recours à ce type de services est plus courant chez les personnes âgées de 15 à 49 ans, chez celles vivant seules (près d'une personne sur cinq dans chaque cas) ainsi que chez les personnes vivant dans des conditions de revenu insuffisant (plus d'une personne sur cinq).

Par ailleurs, environ 8 % des personnes ayant ce type d'incapacité ont indiqué avoir eu besoin de services de soutien dans la communauté, sans pouvoir les obtenir. Cela dit, environ la moitié de ces individus ont précisé être en attente de services.

En ce qui concerne les services de réadaptation en raison d'un problème d'alcool, de drogue ou de jeu, approximativement 5 % des personnes ayant une incapacité de nature psychologique ont mentionné avoir reçu de tels services.

Répercussions de l'incapacité sur la réalisation des activités de la vie quotidienne ou domestique et sur la participation sociale

Aide dans les activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique

Parmi les répercussions de l'incapacité figure le besoin d'aide humaine pour la réalisation des activités de tous les jours, ce qui traduit une perte d'autonomie plus ou moins importante pour une partie de la population à l'étude. L'EQLAV fournit des données détaillées sur le thème de l'aide pour les activités de la vie quotidienne (soins personnels, déplacements à l'intérieur du domicile) ou de la vie domestique (préparation des repas, préparation et prise des médicaments, achats, travaux ménagers courants, accompagnement aux rendez-vous, finances personnelles, répit aux proches). Cette information est très utile, surtout dans la perspective de l'élaboration des programmes de soins de santé ou de services à domicile, lesquels sont appelés dans l'avenir à occuper une plus grande place dans la prise en charge des personnes en perte d'autonomie au Québec. De plus, l'enquête nous renseigne sur les sources et la fréquence de l'aide, ce qui permet de documenter l'aide provenant des réseaux officiels (publics ou privés) et non officiels (proches aidants, personnes bénévoles), aussi appelés les réseaux « formels » et « informels ».

Si près de trois personnes avec incapacité sur dix ont besoin d'aide (que ce besoin soit comblé ou non) pour réaliser leurs activités, cette proportion s'élève à une personne sur deux en cas d'incapacité modérée et atteint neuf sur dix lorsque l'incapacité est grave

De l'EQLAV, il ressort qu'environ 28 % des personnes avec incapacité mentionnent avoir besoin d'aide (comblé ou non) pour au moins l'une des activités quotidiennes ou domestiques documentées. Au total, cela représente environ 628 000 personnes au Québec (soit 9 % de l'ensemble de la population âgée de 15 ans et plus).

Certains groupes déclarent en plus fortes proportions un tel besoin d'aide : ce sont les femmes, les personnes âgées de 65 ans et plus, les immigrants de longue date, les personnes vivant seules, celles qui sont les moins scolarisées et celles appartenant à un ménage qui vit sous le seuil de faible revenu.

Le besoin d'aide, comblé ou non, pour les activités de la vie quotidienne ou domestique demeure relativement peu fréquent chez les personnes ayant une incapacité légère (14 %). Il l'est nettement plus chez celles dont l'incapacité est modérée (47 %) et encore davantage chez celles ayant une incapacité grave (86 %). Les personnes ayant une incapacité liée à la parole et celles ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement (TED) se démarquent en mentionnant un besoin d'aide, comblé ou non, dans une forte majorité (de l'ordre de trois personnes sur quatre).

> Bien que la majorité d'entre elles reçoivent de l'aide, les personnes ayant besoin d'aide pour leurs activités de la vie quotidienne ou domestique déclarent un besoin non comblé dans une proportion de presque une personne sur deux

Parmi les personnes ayant besoin d'aide (comblé ou non), celles qui en reçoivent pour au moins l'une des activités concernées sont largement majoritaires (86 %). La plupart d'entre elles (72 %) reçoivent une aide bénévole d'une personne qui habite ou non le même domicile, 14 % reçoivent de l'aide fournie par un CLSC et le quart (26 %) en obtiennent d'une entreprise ou d'une personne payée.

Cela dit, toujours parmi les personnes ayant besoin d'aide, près de la moitié (45 %) mentionnent un besoin d'aide non comblé, les individus vivant dans un ménage de faible revenu étant plus touchés, en proportion, que ceux dont la situation financière est plus favorable.

Un tel besoin non comblé varie selon la gravité de l'incapacité. Près de 60 % des personnes concernées ayant une incapacité grave indiquent ainsi avoir un besoin non comblé d'aide pour l'une ou l'autre des activités de la vie quotidienne ou domestique. À l'opposé, les personnes avec incapacité légère se distinguent en affichant la proportion la plus faible (une personne sur trois) à cet égard.

Pour la plupart des types d'incapacité, approximativement une personne sur deux est susceptible d'avoir un besoin non comblé parmi celles ayant besoin d'aide. Toutefois, cette proportion est plutôt de six personnes sur dix en cas d'incapacité de nature psychologique.

Participation sociale

L'incapacité peut également avoir des répercussions dans différentes sphères de la vie, susceptibles d'entraver l'intégration et la participation sociale des personnes vivant avec une telle condition. Pour la première fois dans une enquête populationnelle, il a été possible de mesurer la participation sociale des personnes avec incapacité, au moyen de la version courte de l'instrument *Mesure des habitudes de vie* (MHAVIE) adaptée aux fins de l'enquête. Cette mesure tient compte du niveau de réalisation des habitudes de vie déterminé en fonction des difficultés à les accomplir et du type d'aide (humaine ou technique) requis pour y arriver. Quatorze habitudes de vie documentées dans l'enquête sont regroupées pour former, d'une part, sept activités courantes (se déplacer sur de courtes distances, échanger de l'information sous différentes formes, assurer ses soins personnels, assurer ses soins de santé, réaliser les activités reliées au domicile, faire ses achats et utiliser les services de son milieu, se déplacer à l'aide de moyens de transport) et, d'autre part, sept rôles sociaux (avoir des relations sociales, assumer ses responsabilités financières, civiles et familiales, réaliser les activités reliées à la formation scolaire ou professionnelle, réaliser les activités reliées à un emploi rémunéré, réaliser les activités reliées à une occupation non rémunérée, participer aux activités de son milieu et réaliser des activités de loisir). Aussi, la participation sociale est examinée de façon globale, en tenant compte de toutes les habitudes de vie.

Rappelons que l'instrument MHAVIE prend appui sur le modèle du *Processus de production du handicap*, aussi à la base de la politique gouvernementale québécoise *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité* (OPHQ, 2009). Selon ce modèle, ce sont les facteurs environnementaux (comme les facteurs politiques, socioculturels ou ceux liés à l'environnement physique) qui, en interaction avec les caractéristiques personnelles (notamment les déficiences, les incapacités), peuvent soit faciliter la participation sociale des individus, soit y faire obstacle et entraîner une situation de handicap (participation sociale modérément ou fortement perturbée) (Fougeyrollas et autres, 1998).

Une majorité de personnes avec incapacité voient leur participation sociale peu ou pas perturbée, en général; plus particulièrement, c'est le cas pour les activités courantes et pour la plupart des rôles sociaux examinés dans l'enquête

Dans l'ensemble, les résultats de l'enquête brossent un portrait positif de la participation sociale des personnes âgées de 15 ans et plus avec incapacité au Québec. Une majorité des personnes à l'étude se classent au niveau « peu ou pas perturbé » de la mesure globale de la participation sociale (toutes habitudes de vie confondues) de même que pour 12 des 14 habitudes de vie documentées dans l'enquête (environ six à neuf personnes sur dix, selon le cas). En d'autres termes, ces personnes vivent sans entrave ou avec peu d'entraves à leur participation dans la société. Elles réalisent leurs activités courantes et accomplissent la plupart de leurs rôles sociaux sans difficulté et sans qu'une aide humaine ne soit requise en raison de leur incapacité. Pour certaines d'entre elles, c'est le fait d'utiliser une aide technique qui leur permet de réaliser les habitudes de vie sans difficulté.

En contrepartie, environ trois personnes sur dix se trouvent en situation de handicap du fait de leur participation sociale modérément ou même fortement perturbée

Le portrait général plutôt favorable ne doit pas occulter le fait que près de trois personnes sur dix se situent aux niveaux « modérément perturbée » ou « fortement perturbée » de la mesure globale de la participation sociale (23 % et 6 %, respectivement). Cela laisse supposer que ces personnes se trouvent en situation de handicap pour plusieurs habitudes de vie. Il est utile de rappeler qu'une situation de handicap survient lorsque des difficultés à réaliser une habitude se présentent (même en ayant recours à une aide technique), quand une aide humaine est requise pour que l'habitude soit réalisée, lorsque l'habitude est réalisée entièrement grâce à l'aide d'une autre personne (par substitution) ou encore qu'elle est non réalisée en raison d'incapacités trop grandes, d'un manque d'aide ou d'obstacles environnementaux. Les résultats par habitude de vie révèlent que la participation sociale est modérément ou fortement perturbée chez plus de la moitié des personnes concernées lorsqu'il s'agit des rôles sociaux relatifs à la formation (59 % des personnes avec incapacité ayant des activités reliées à la formation; par exemple, suivre des cours, réaliser des travaux scolaires, etc.) ou à une occupation non rémunérée (54 % des personnes ayant ce type d'occupation; par exemple, faire du bénévolat, assurer les responsabilités liées au bon fonctionnement de la maisonnée, etc.).

Les personnes âgées de 65 ans et plus, celles qui font partie d'un ménage vivant sous le seuil de faible revenu et celles dont l'incapacité est modérée ou grave sont plus susceptibles de voir leur participation sociale modérément ou fortement perturbée

La participation sociale des personnes avec incapacité âgées de 65 ans et plus est généralement davantage perturbée que celle de leurs cadettes. Selon la mesure globale, ce sont environ quatre personnes sur dix de ce groupe d'âge qui vivent une situation de handicap, comparativement à deux sur dix chez les 15 à 64 ans. Ce profil moins favorable pour les aînés se reflète de manière significative pour la plupart des 14 habitudes de vie considérées séparément. Le portrait d'ensemble est également moins positif chez les personnes avec incapacité dont le ménage a un revenu insuffisant (près de la moitié d'entre elles se trouvent en situation de handicap).

Enfin, c'est sans surprise que l'on constate que la participation sociale varie aussi selon la gravité de l'incapacité. C'est ainsi qu'une participation modérément ou fortement perturbée se combine souvent avec l'incapacité modérée ou grave, alors qu'elle est relativement rare en présence d'incapacité légère (près des deux tiers des personnes ayant une incapacité modérée ou grave sont concernées, comparativement à 11 % des cas légers).

L'analyse détaillée apporte un éclairage plus nuancé. Pour sept habitudes de vie, dont cinq correspondent à des rôles sociaux, une telle situation de handicap est constatée chez une majorité de personnes ayant une incapacité modérée ou grave. Il est néanmoins intéressant de constater qu'on peut avoir une incapacité modérée ou grave sans pour autant vivre une situation de handicap. Les résultats pour les sept autres habitudes de vie (surtout des activités courantes) sont particulièrement révélateurs à cet égard, puisque les personnes peu ou pas perturbées dans la réalisation de ces habitudes sont majoritaires, même parmi celles dont l'incapacité est modérée ou grave.

Des données au service de l'action

Parmi les constats se dégageant de cette étude, il ressort que dans l'ensemble, les personnes avec incapacité présentent un portrait moins favorable que celles sans incapacité sur les plans social et économique, notamment en étant plus nombreuses en proportion à vivre seules, à être moins scolarisées et à vivre dans la précarité financière. Au sein de la population avec incapacité, ces caractéristiques se combinent bien souvent avec un profil de santé plus lourd, en raison d'une incapacité modérée ou grave ou encore de la présence de co-morbidité (deux problèmes de santé de longue durée ou plus). Une plus grande vulnérabilité se dégage ainsi des conditions de vie et de santé plus difficiles partagées par certains groupes parmi la population à l'étude, une vulnérabilité qui augmente généralement avec l'âge.

Parmi les résultats concernant ces groupes plus vulnérables (notamment les personnes ayant une incapacité modérée ou grave), plusieurs ont permis de documenter différents aspects de leur prise en charge par le système sanitaire, notamment le fait qu'elles ont presque toutes un médecin de famille ou un endroit habituel de soins (pour leurs soins de santé généraux) et qu'en général, elles utilisent davantage les soins de santé et les services sociaux. Cela dit, les données ont aussi mis en évidence la présence de besoins non comblés pour certains services chez la population avec incapacité, y compris chez les personnes qui présentent une plus grande vulnérabilité.

Compte tenu des changements qui s'opèrent depuis quelques décennies quant à l'organisation des services dans le système de santé québécois et des défis qui se profilent à l'horizon, les résultats présentés dans ce volume constituent une mine d'informations qui pourront être mises à profit par le MSSS et son réseau de même que par l'OPHQ, à des fins d'évaluation de politiques et de programmes destinés aux personnes avec incapacité et de suivi des indicateurs de performance. De plus, la présentation de certaines données régionales, auxquelles s'ajoutent celles diffusées sur le site Web de l'ISQ, devrait contribuer à mieux informer les divers acteurs et intervenants et à améliorer l'état de santé et de bien-être des populations concernées.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGRÉMENT CANADA, INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS ET INSTITUT POUR L'UTILISATION SÉCURITAIRE DES MÉDICAMENTS DU CANADA (2012). *Bilan comparatif des médicaments au Canada : hausser la barre – Progrès à ce jour et chemin à parcourir*, Ottawa, Agrément Canada, 24 p.

CAMIRAND, J., L. DUGAS, J.-F. CARDIN, G. DUBÉ, V. DUMITRU et C. FOURNIER (2010). *Vivre avec une incapacité au Québec. Un portrait statistique de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001 et 2006*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 351 p.

CAMIRAND, J., R. TREMBLAY, R. COURTEMANCHE et N. AUDET (2003). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998. Cahier technique et méthodologique*, Volume 1, Québec, Institut de la statistique du Québec, 247 p.

CAMIRAND, J., J. AUBIN, N. AUDET, R. COURTEMANCHE et autres (2001). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 512 p.

CLAIR, M. (2000). *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 410 p.

DES RIVIÈRES M., A. MICHAUD, J. LACOURSIÈRE et N. ROBICHAUD (2005). *La pleine participation des aînés au développement du Québec. Afin de construire un Québec pour tous les âges*, Québec, Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, 192 p.

DUBÉ, G., C. SIROIS et M.-È. TREMBLAY (2013). *Tests de laboratoire, examens radiologiques et médicaments d'ordonnance : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, Volume 6, Québec, Institut de la statistique du Québec, 52 p.

DUBÉ-LINTEAU, A., R. PINEAULT, J.-F. LÉVESQUE, C. LECOURS et M.-È. TREMBLAY (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011. Le médecin de famille et l'endroit habituel de soins : regard sur l'expérience vécue par les Québécois*, Volume 2, Québec, Institut de la statistique du Québec, 73 p.

FOUGEYROLLAS, P., R. CLOUTIER, H. BERGERON, J. CÔTÉ et G. ST-MICHEL (1998). *Classification québécoise : Processus de production du handicap*, Québec, Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH/SCCIDIH), 166 p.

FOUGEYROLLAS, P., L. NOREAU et G. ST-MICHEL (2002). *La Mesure des habitudes de vie : version abrégée* (MHAVIE 3.1), Québec, Réseau international sur le Processus de production du handicap (RIPPH), 22 p.

FOURNIER, C., M. GODBOUT et L. CAZALE (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Méthodologie et description de la population visée*, Volume 1, Québec, Institut de la statistique du Québec, 71 p.

HÉBERT, R., R. CARRIER et A. BILODEAU (1988). « Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) », *Revue de gériatrie*, vol. 13, n° 4, p. 161-167.

HÉBERT, R., M. RAÎCHE et N.R. GUEYE (2012). « Survey Disability Questionnaire does not Generate Valid Accurate Data Compared to Clinical Assessment on an Older Population », *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 54, n° 2, p. 57-62.

KIRBY, M. J. L. (2002). *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral, Rapport final sur l'état du système de soins de santé au Canada*, Le comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie, Ottawa.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2011). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement. Cadre de référence de l'enquête*, Document de travail, Québec, 41 p.

McCUSKER, J., D. ROBERGE, P. TOUSIGNANT, J-F. LEVESQUE, A. VADEBONCOEUR, A. CIAMPI, R. BORGÈS DA SILVA, E. BELZILE et S. SANCHE (2013). *Plus liés qu'il n'y paraît : Les soins primaires et le recours aux départements d'urgence au Québec*, Rapport du Centre de recherche de St. Mary, Montréal, 22 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Québec, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, 25 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009). *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*, Québec, 194 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *L'architecture des services de santé et des services sociaux. Les programmes-services et les programmes-soutien*, Québec, 30 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*, Québec, 43 p.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC (2009). *À part entière : pour un véritable exercice du droit à l'égalité*, Drummondville, 69 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF)*, Genève, 304 p.

PAMPALON, R., D. HAMEL et P. GAMACHE (2009). « Une comparaison de données socioéconomiques individuelles et géographiques pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Canada », *Rapport sur la santé*, vol. 20, n°4, p. 95-105.

ROMANOW, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*, Saskatoon, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Santé Canada, 387 p. [En ligne]. [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/romanow/index-fra.php].

SAMOY, L.J., P.J. ZED, K. WILBUR, R.M. BALEN, R.B. ABU-LABAN et M. ROBERTS (2006). « Drug-related hospitalizations in a tertiary care internal medicine service of a Canadian hospital: a prospective study », *Pharmacotherapy*, vol. 26, n°11, p. 1578-1586.

STATISTIQUE CANADA (2007). *Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006 : rapport analytique*, Ottawa, nº 89-628-XIF - nº 002 au catalogue, 36 p.

TREMBLAY, M.-È., G. DUBÉ et R. BARALDI (2013). *Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011, Méthodologie et description de la population visée*, Volume 1, Québec, Institut de la statistique du Québec, 58 p.

Des statistiques sur le Québec d'hier et d'aujourd'hui

pour le Québec de demain

Institut
de la statistique
Québec